**SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

|  |
| --- |
| ***Previamente a la presentación de esta solicitud, el paciente deberá dirigirse al Servicio en el que ha sido atendido inicialmente para que prepare un informe clínico actualizado.*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | Nombre: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | |  |
| En calidad de: Solicitante  Representante  Tutor  Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | | C.P.: |  | | |  | Población: | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | | |  | | Correo electrónico: | | |  |  |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CIP (código de identificación de la tarjeta sanitaria del paciente)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | Letras | | | | | | Números | | | | | | |  | | | | | | |   **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE**  ***Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante*** | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | Número de documento: | |  | | Nombre: | |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: |  | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| Segunda opinión médica en el ámbito del SESCAM (Descripción de la patología que padece) |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo *postal (Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaración responsable:**  Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69, punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad.  Me opongo a la consulta de los datos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).  En el caso de no autorizar la comprobación de los datos indicados, se compromete a aportar la documentación pertinente.  **Documentación que se adjunta (si procede), salvo que ya se haya aportado ante cualquier Administración Pública:**  Acreditativa de la representación legal o autorización expresa.  Presentado con fecha       ante la Unidad       de la Administración  Acreditativa del vínculo familiar o de hecho y de la imposibilidad del interesado de presentar la solicitud.  Presentado con fecha       ante la Unidad       de la Administración  **Otra documentación que se adjunta** **(indicar, en su caso):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | D.G. de Asistencia Sanitaria |
| **Finalidad** | Gestión del derecho a la Segunda Opinión Médica |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos - Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Decreto 180/2005. Derecho a la segunda opinión médica |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica:   [**https://rat.castillalamancha.es/info/1183**](https://rat.castillalamancha.es/info/1183) |

En      a        de       de

Firma del solicitante

**DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA**

**SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. Avda. Río Guadiana, nº 4 45071 Toledo.**

**CÓDIGO DIR A08015065**