

**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
NÚM DE SIP / Nº DE SIP	EDAT / EDAD	<input type="checkbox"/> Home Hombre <input type="checkbox"/> Dona Mujer

**B DADES DEL SOL·LICITANT (emplenar quan el sol·licitant no siga el propi pacient)  
DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
VINCULACIÓ ENTRE SOL·LICITANT I PACIENT / VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parella de fet Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Parent Allegado <input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal <input type="checkbox"/> Altres Otros		

EMPLENAR EN CAS D'AUTORITZAR EXPRESSAMENT A UNA PERSONA / CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA  
 Autoriza la persona que consta com a sol·licitant perquè actue en nom seu per a sol·licitar i rebre l'informe de segona opinió mèdica.  
 Autoriza a la persona que consta como solicitante para que actúe en su nombre para solicitar y recibir el informe de segunda opinión médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 El pacient / El paciente

Firma: \_\_\_\_\_

**C DADES A EFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS DE CONTACTE / TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

LES DADES CORRESPONEN AL / LOS DATOS CORRESPONDEN AL  
 Pacient  
Paciente  Sol·licitant  
Solicitante

**D DADES DE CARÀCTER SANITARI / DATOS DE CARÁCTER SANITARIO**

DIAGNÒSTIC O PROPOSTA DE TRACTAMENT PEL QUAL SOL·LICITA SEGONA OPINIÓ MÈDICA DIAGNÓSTICO O PROPUESTA DE TRATAMIENTO POR EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA
NOM DE L'HOSPITAL ON DESITJA LA SEGONA OPINIÓ MÈDICA / NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE DESEA LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA
NOM DE L'HOSPITAL ON HA SIGUT DIAGNOSTICAT / NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO

**E SOL·LICITUD / SOLICITUD**

Les dades que declara en la present sol·licitud són certs, assumix la responsabilitat derivada de l'omissió o falsedat en algun d'ells i SOL·LICITA l'emissió del corresponent informe facultatiu en el termini establert de 30 dies hàbils, compromentent-se durant este període a adoptar qualsevol decisió que poguera requerir el procés assistencial objecte d'esta sol·licitud.

Los datos que declara en la presente solicitud son ciertos, asume la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos y SOLICITA la emisión del correspondiente informe facultativo en el plazo establecido de 30 días hábiles, comprometiéndose durante este período a adoptar cualquier decisión que pudiera requerir el proceso asistencial objeto de esta solicitud.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE 'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
NÚM DE SIP / Nº DE SIP	EDAT / EDAD	<input type="checkbox"/> Home Hombre <input type="checkbox"/> Dona Mujer

**B DADES DEL SOL·LICITANT (emplenar quan el sol·licitant no siga el propi pacient)  
DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
VINCULACIÓ ENTRE SOL·LICITANT I PACIENT / VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE		
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Parella de fet Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Parent Allegado
<input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal	<input type="checkbox"/> Altres Otros	

EMPLENAR EN CAS D'AUTORITZAR EXPRESSAMENT A UNA PERSONA / CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA  
Autoriza la persona que consta com a sol·licitant perquè actue en nom seu per a sol·licitar i rebre l'informe de segona opinió mèdica.  
Autoriza a la persona que consta como solicitante para que actúe en su nombre para solicitar y recibir el informe de segunda opinión médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El pacient / El paciente

Firma: \_\_\_\_\_

**C DADES A EFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS DE CONTACTE / TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

LES DADES CORRESPONEN AL / LOS DATOS CORRESPONDEN AL

Pacient  
Paciente  Sol·licitant  
Solicitante

**D DADES DE CARÀCTER SANITARI / DATOS DE CARÁCTER SANITARIO**

DIAGNÒSTIC O PROPOSTA DE TRACTAMENT PEL QUAL SOL·LICITA SEGONA OPINIÓ MÈDICA DIAGNÓSTICO O PROPUESTA DE TRATAMIENTO POR EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA
NOM DE L'HOSPITAL ON DESITJA LA SEGONA OPINIÓ MÈDICA / NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE DESEA LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA
NOM DE L'HOSPITAL ON HA SIGUT DIAGNOSTICAT / NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO

**E SOL·LICITUD / SOLICITUD**

Les dades que declara en la present sol·licitud són certs, assumix la responsabilitat derivada de l'omissió o falsedat en algun d'ells i SOL·LICITA l'emissió del corresponent informe facultatiu en el termini establert de 30 dies hàbils, compromentent-se durant este període a adoptar qualsevol decisió que poguera requerir el procés assistencial objecte d'esta sol·licitud.

Los datos que declara en la presente solicitud son ciertos, asume la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos y SOLICITA la emisión del correspondiente informe facultativo en el plazo establecido de 30 días hábiles, comprometiéndose durante este período a adoptar cualquier decisión que pudiera requerir el proceso asistencial objeto de esta solicitud.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE 'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
NÚM DE SIP / Nº DE SIP	EDAT / EDAD	<input type="checkbox"/> Home Hombre <input type="checkbox"/> Dona Mujer

**B DADES DEL SOL·LICITANT (emplenar quan el sol·licitant no siga el propi pacient)  
DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
VINCULACIÓ ENTRE SOL·LICITANT I PACIENT / VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parella de fet Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Parent Allegado <input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal <input type="checkbox"/> Altres Otros		

EMPLENAR EN CAS D'AUTORITZAR EXPRESSAMENT A UNA PERSONA / CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA

 Autoritza la persona que consta com a sol·licitant perquè actue en nom seu per a sol·licitar i rebre l'informe de segona opinió mèdica.  
 Autoriza a la persona que consta como solicitante para que actúe en su nombre para solicitar y recibir el informe de segunda opinión médica.

 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 El pacient / El paciente

Firma: \_\_\_\_\_

**C DADES A EFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS DE CONTACTE / TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

LES DADES CORRESPONEN AL / LOS DATOS CORRESPONDEN AL

 Pacient  
Paciente  Sol·licitant  
Solicitante

**D DADES DE CARÀCTER SANITARI / DATOS DE CARÁCTER SANITARIO**

 DIAGNÒSTIC O PROPOSTA DE TRACTAMENT PEL QUAL SOL·LICITA SEGONA OPINIÓ MÈDICA  
 DIAGNÓSTICO O PROPUESTA DE TRATAMIENTO POR EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

NOM DE L'HOSPITAL ON DESITJA LA SEGONA OPINIÓ MÈDICA / NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE DESEA LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

NOM DE L'HOSPITAL ON HA SIGUT DIAGNOSTICAT / NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO

**E SOL·LICITUD / SOLICITUD**

Les dades que declara en la present sol·licitud són certs, assumix la responsabilitat derivada de l'omissió o falsedat en algun d'ells i SOL·LICITA l'emissió del corresponent informe facultatiu en el termini establert de 30 dies hàbils, compromentent-se durant este període a adoptar qualsevol decisió que poguera requerir el procés assistencial objecte d'esta sol·licitud.

Los datos que declara en la presente solicitud son ciertos, asume la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos y SOLICITA la emisión del correspondiente informe facultativo en el plazo establecido de 30 días hábiles, comprometiéndose durante este período a adoptar cualquier decisión que pudiera requerir el proceso asistencial objeto de esta solicitud.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 REGISTRE 'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE