

A DADES DEL PACIENTE / DATOS DEL PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO
NÚM. SIP / N.º SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PAÍS PROVINCIA / PAÍS	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI	NÚM. SIP / N.º SIP
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	COM A / EN CALIDAD DE

B EXPOSICIÓ (pot continuar en un altre full) / EXPOSICIÓN (puede continuar en otra hoja)

--

C SOL-LICITUD / SOLICITUD

PROCEDIMENT ASSISTENCIAL / PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL	
SERVICI SANITARI / SERVICIO SANITARIO	
NOM DEL CENTRE (HOSPITAL, CLÍNICA, ETC.) / NOMBRE DEL CENTRO (HOSPITAL, CLÍNICA, ETC.)	<input type="checkbox"/> Públic Público <input type="checkbox"/> Privat Privado
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
	PAÍS

**D DOCUMENTS / INFORMES CLÍNICS QUE ADJUNTA (pot continuar en un altre full)
DOCUMENTOS / INFORMES CLÍNICOS QUE ADJUNTA (puede continuar en otra hoja)**

--

Autoritza la realització d'este procediment
 Autoriza la realización de este procedimiento
 No autoritza la realització d'este procediment
 No autoriza la realización de este procedimiento

_____ , _____ d _____ de _____

El pacient / el seu representant / pare i/o mare (*)
 El paciente / su representante / padre y/o madre (*)

Firma: _____

Firma: _____

(*) En cas de no convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida hauran de firmar pare i mare, en cas contrari el progenitor que l'exercix.
 En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès 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).

A DADES DEL PACIENTE / DATOS DEL PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO
NÚM. SIP / N.º SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PAÍS PROVINCIA / PAÍS	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI	NÚM. SIP / N.º SIP
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	COM A / EN CALIDAD DE

B EXPOSICIÓ (pot continuar en un altre full) / EXPOSICIÓN (puede continuar en otra hoja)

--

C SOL·LICITUD / SOLICITUD

PROCEDIMENT ASSISTENCIAL / PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL	
SERVICI SANITARI / SERVICIO SANITARIO	
NOM DEL CENTRE (HOSPITAL, CLÍNICA, ETC.) / NOMBRE DEL CENTRO (HOSPITAL, CLÍNICA, ETC.)	<input type="checkbox"/> Públic Público <input type="checkbox"/> Privat Privado
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
	PAÍS

**D DOCUMENTS / INFORMES CLÍNICS QUE ADJUNTA (pot continuar en un altre full)
DOCUMENTOS / INFORMES CLÍNICOS QUE ADJUNTA (puede continuar en otra hoja)**

--

Autoritza la realització d'este procediment
 Autoriza la realización de este procedimiento
 No autoritza la realització d'este procediment
 No autoriza la realización de este procedimiento

_____ , _____ d _____ de _____

El pacient / el seu representant / pare i/o mare (*)
 El paciente / su representante / padre y/o madre (*)

Firma: _____

Firma: _____

(*) En cas de no convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida hauran de firmar pare i mare, en cas contrari el progenitor que l'exercix.
 En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès 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).