

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE: Etiqueta identificativa

ETIQUETA IDENTIFICATIVA	CIPA: _____
A ESTA SOLICITUD SE DEBERÁ ADJUNTAR EL HOJA INTERCONSULTA (HIC)/INFORME ALTA. EL PACIENTE APORTARÁ DICHO PIC/HIC/INFORME ALTA EN LA CONSULTA.	

ESPECIALIDAD SOLICITADA

PRECISA TRANSPORTE SANITARIO

TIPO DE SOLICITUD (Cumplimentar hospital y/o médico si procede)

LIBRE ELECCIÓN DE HOSPITAL:
LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO: Dr./Dra.:

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA REMITIDA

DISPONIBLE EN HORUS
REMISIÓN CD CON IMÁGENES
REMISIÓN COPIA DE IMÁGENES
SOLICITUD DE DIGITALIZACIÓN

FIRMA DEL PACIENTE **FECHA**

	SELLO DE ADMISIÓN
--	--------------------------

DATOS DE LA CITA A CUMPLIMENTAR POR EL HOSPITAL SOLICITADO

CENTRO: _____

DIRECCIÓN CENTRO: _____

MÉDICO: _____

ESPECIALIDAD: _____ **FECHA:** ____/____/____ **HORA:** ____:____

SALA:

Nota: En cumplimiento de la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal se pone en su conocimiento que los datos de carácter personal que se recogen, serán tratados y archivados informáticamente, no pudiendo ser utilizados para fines distintos de aquellos para los que fueron recogidos, con las excepciones que contempla la legislación vigente. Usted autoriza, a que sus datos personales, incluyendo su historia clínica, sean accesibles por el facultativo/s o profesional/es que le atenderán. Asimismo, le informamos que todos los profesionales de los centros sanitarios tienen la obligación de mantener el secreto de la información clínica de cada paciente por lo que se mantendrá su privacidad y únicamente será accesible a personal autorizado dentro del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.