



| | |
|--------------------------------------------|-----------------------------|
| DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE: | nº historia clínica: |
| Nombre paciente: | |
| Apellidos paciente: | |
| Fecha de nacimiento: | |
| Teléfono móvil: | |

ESPECIALIDAD SOLICITADA:

Médico con el que no quiere volver a ser atendido en consulta por:

Dr./Dra.:

Solicita ser atendido por OTRO médico de la misma especialidad.

Solicita ser atendido por un médico concreto: SI (*) NO

Si ha respondido Sí,
escriba el nombre del médico de su elección.

Dr./Dra.:

PARA UNA MEJOR PRESTACIÓN ASISTENCIAL, MOTIVE SU SOLICITUD DE CAMBIO DE ESPECIALISTA:

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| FIRMA DEL PACIENTE: | SELLO DEL SAP: |
| | Fecha solicitud: ____ / ____ / 20__ |

Vº Bº Jefe Servicio
Especialidad

citar en AGENDA/CONSULTA:

FECHA: ____ / ____ / ____

(*) la elección de médico concreto dependerá del tipo de Agenda y Consulta, si funciona a través de agenda individual o de equipo.

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.