



SOLICITUD DE ASISTENCIA SEGUNDA OPINION

Datos del paciente

NIF/CIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Fecha de nacimiento	CIP		

Datos del solicitante (Cumplimentar cuando el solicitante no sea el paciente)

NIF/CIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
VINCULACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Familiar (Adjuntar documento que acredite la relación familiar)	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho (Adjuntar documento que acredite la relación de hecho)	<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal)	<input type="checkbox"/> Persona autorizada al efecto (Adjuntar documento que acredite la autorización expresa)

Datos a efectos de notificación

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico			

Solicita

Considerando que, en virtud de lo establecido en la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en el Decreto por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Cantabria y adjuntando copia del informe correspondiente a la atención realizada,

Solicito la obtención de una segunda opinión médica motivada por:

Proceso susceptible de segunda opinión médica:

DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD

Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (edificio anexo a Hospital Cantabria)
39011-Santander. Cantabria.
T: 942 20 27 70

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Historia Clínica, cuya finalidad es "Gestión y control de los datos de la historia clínica del paciente para el seguimiento del mismo, gestión de la actividad asistencial, estudios de morbilidad, actividad docente, gestión financiera y prestación sanitaria, producción de estadísticas e investigación sanitaria", podrán ser cedidos de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la citada Ley, ante el Servicio Cantabro de Salud.

Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (902 139 012 si llama desde fuera de la Comunidad Autónoma).

Documentación adjunta (marque lo que proceda)

TIPO DE DOCUMENTO	AUTORIZO LA CONSULTA ¹	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. DNI/NIF/CIF del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informe clínico emitido por el Servicio en el que el paciente haya sido inicialmente atendido, relativo a la patología para la que se solicita segunda opinión médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si el paciente solicita la segunda opinión médica a través de persona expresamente autorizada al efecto:		
- DNI/NIF/CIF de la persona autorizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la autorización expresa.		<input type="checkbox"/>
4. Si solicita la segunda opinión médica el representante legal del paciente:		
- DNI/NIF/CIF del representante legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la representación legal		<input type="checkbox"/>
5. Si solicita la segunda opinión médica personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho:		
- DNI/NIF/CIF del solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la relación familiar o de hecho.		<input type="checkbox"/>
¹ Autorizo a la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos. En aquellos casos en los que haya presentado con anterioridad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria la documentación solicitada, indique la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados, estando exento de presentar dicha documentación:		
FECHA	DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	ÓRGANO O DEPENDENCIA

Declaración responsable

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

Fecha:	Firma:

DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD

Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (edificio anexo a Hospital Cantabria)

39011-Santander. Cantabria.

T: 942 20 27 70

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Historia Clínica, cuya finalidad es "Gestión y control de los datos de la historia clínica del paciente para el seguimiento del mismo, gestión de la actividad asistencial, estudios de morbilidad, actividad docente, gestión financiera y prestación sanitaria, producción de estadísticas e investigación sanitaria", podrán ser cedidos de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la citada Ley, ante el Servicio Cantabro de Salud.

Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (902 139 012 si llama desde fuera de la Comunidad Autónoma).