



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD

ESPACIO RESERVADO PARA EL REGISTRO



SOLICITUD DE TARJETA AA

Datos del paciente

Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Sexo	Fecha de nacimiento	Nacionalidad
NIF/NIE	Número de Tarjeta Sanitaria del SCS	

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

NIF/NIE	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
---------	--------	------------	------------

VINCULACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL PACIENTE

<input type="checkbox"/> Familiar/ persona vinculada (Adjuntar documento que acredite la relación familiar)	<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal)
---	--

Solicita

Considerando que, en virtud de lo establecido en la Instrucción 1/2015 de la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria de la Consejería de Sanidad, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en la misma para disponer de la Tarjeta Sanitaria AA (de Accesibilidad y Acompañamiento) en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

En a de de

Fdo:

Documentación adjunta (marque lo que proceda)

TIPO DE DOCUMENTO	AUTORIZO LA CONSULTA ¹	SE APORTA CON LA SOLICITUD
DNI/NIF/CIF del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informe clínico emitido por el Servicio en el que el paciente esté atendido relativo a la patología susceptible para obtener la Tarjeta sanitaria AA (si el diagnóstico no figura en Atención Primaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si solicita la Tarjeta Sanitaria AA el representante legal del paciente: - DNI/NIF/CIF del representante legal - Documento que acredite la representación legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si solicita la Tarjeta Sanitaria AA personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho DNI/NIF/CIF del solicitante Documento que acredite la relación familiar o de hecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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.

A CUMPLIMENTAR POR LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD

D/Dña Trabajador Social del centro de Salud.....

Ha informado a: D/Dña.....
De los requisitos y la instrucción que regula la emisión de la Tarjeta Sanitaria AA que favorece una accesibilidad preferente y acompañamiento para las actuaciones sanitarias.

Firma del profesional

A CUMPLIMENTAR POR EL PROFESIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA / PEDIATRÍA/ PSIQUIATRA DEL PACIENTE

Dr/Dra

Informa:

- FAVORABLE
 DESFAVORABLE a que

D/Dña.....
por la patología que padece, sea susceptible de disponer de la Tarjeta Sanitaria AA que favorece una accesibilidad preferente y acompañamiento para las actuaciones sanitarias que precise.

Firma del profesional

Sello del centro

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.