

Conselleria de Sanitat


CORRECCIÓ d'errades de l'Orde de 9 d'agost de 2007, de la Conselleria de Sanitat, per la qual es desplega el Decret 12/2007, de 26 de gener, del Consell, pel qual es regula el dret a la segona opinió mèdica en l'àmbit del sistema sanitari públic valencià. [2007/11043]

S'ha observat una errada en la publicació de l'annex de l'orde esmentada (DOCV núm. 5593, de 06.09.2007), per la qual cosa hi apareix tot seguit.

Conselleria de Sanidad

CORRECCIÓN de errores de la Orden de 9 de agosto de 2007, de la Conselleria de Sanidad, por la que se desarrolla el Decreto 12/2007, de 26 de enero, del Consell, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito sanitario público valenciano. [2007/11043]

Se ha observado un error en la publicación del anexo de la citada orden (DOCV núm. 5593, de 06.09.2007), por lo que aparece a continuación.

 GENERALITAT VALENCIANA	SOL·LICITUD DE SEGONA OPINIÓ MÈDICA SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA
A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE	
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
NÚM DE SIP / Nº DE SIP	EDAT / EDAD
	<input type="checkbox"/> Home / <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> Hombre / <input type="checkbox"/> Mujer
B DADES DEL SOL·LICITANT (emplenar quan el sol·licitant no siga el propi pacient) / DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)	
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
VINCLACIÓ ENTRE SOL·LICITANT I PACIENT / VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parella de fet / Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Parent / Allegado <input type="checkbox"/> Representant legal / Representante legal <input type="checkbox"/> Altres / Otros	
EMPLENAR EN CAS D'AUTORITZAR EXPRESSAMENT A UNA PERSONA / CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA Autoritza la persona que consta com a sol·licitant perquè actue en nom seu per a sol·licitar i rebre l'informe de segona opinió mèdica. Autoriza a la persona que consta como solicitante para que actúe en su nombre para solicitar y recibir el informe de segunda opinión médica.	
_____, ____ d _____ de _____ El pacient / El paciente	
Firma: _____	
C DADES A EFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN	
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP
PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD
TELÈFONS DE CONTACTE / TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO
LES DADES CORRESPONDEN AL / LOS DATOS CORRESPONDEN AL <input type="checkbox"/> Pacient / <input type="checkbox"/> Sol·licitant <input type="checkbox"/> Paciente / <input type="checkbox"/> Solicitante	
D DADES DE CARÀCTER SANITARI / DATOS DE CARÁCTER SANITARIO	
DIAGNÒSTIC PEL QUAL SOL·LICITA SEGONA OPINIÓ MÈDICA / DIAGNÓSTICO POR EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	
NOM DE L'HOSPITAL ON DESITJA LA SEGONA OPINIÓ MÈDICA / NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE DESEA LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	
NOM DE L'HOSPITAL ON HA SIGUT DIAGNOSTICAT / NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO	
CAUSA DE LA SOL·LICITUD / CAUSA DE LA SOLICITUD <input type="checkbox"/> Confirmar diagnòstic / <input type="checkbox"/> Confirmar tractament proposat / <input type="checkbox"/> Ambdós <input type="checkbox"/> Confirmar diagnóstico / <input type="checkbox"/> Confirmar tratamiento propuesto / <input type="checkbox"/> Ambas	
E SOL·LICITUD / SOLICITUD	
Les dades que declara en la present sol·licitud són certs, assumix la responsabilitat derivada de l'omissió o falsedat en algun d'ells i SOL·LICITA l'emissió del corresponent informe facultatiu en el termini establert de 30 dies hàbils, compromentent-se durant este període a adoptar qualsevol decisió que poguera requerir el procés assistencial objecte d'esta sol·licitud. Los datos que declara en la presente solicitud son ciertos, asume la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos y SOLICITA la emisión del correspondiente informe facultativo en el plazo establecido de 30 días hábiles, comprometiéndose durante este periodo a adoptar cualquier decisión que pudiera requerir el proceso asistencial objeto de esta solicitud.	
_____, ____ d _____ de _____ La persona sol·licitant / La persona solicitante	
Firma: _____	
Les dades de caràcter personal que conté l'imprés 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).	
REGISTRE "ENTRADA" / REGISTRO DE ENTRADA DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT / FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE	

(1/3) EXEMPLAR PER AL SAIP / EJEMPLAR PARA EL SAIP

CIT - IAC
DIN - A4
IA - 19121 - 01 - E

DIRECCIÓ DE L'HOSPITAL D _____
 DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DE _____

01/03/07