

DOCUMENT DE SOL·LICITUD DE SEGONA OPINIÓ MÈDICA

| | | | |
|--------------------------------|-----|--|--|
| Dades del/de la pacient | | | |
| Nom i cognoms | | | |
| Data de naixement (dd/mm/aaaa) | | Sexe: Masculí Femení | |
| Número de pòlissa | DNI | Telèfon de contacte | |
| Adreça | | Codi postal | |

| | |
|--|---------------------|
| Dades de la persona que actua en nom del/de la pacient (si escau) | |
| Nom i cognoms | DNI |
| Vinculació amb el/la pacient | Telèfon de contacte |

| | |
|---|--|
| Dades assistencials | |
| Diagnòstic/Procés assistencial per al qual demana segona opinió | |
| Documentació clínica que s'adjunta | |
| <input type="checkbox"/> Anàlisis clíniques | Anatomia patològica Radiografia |
| <input type="checkbox"/> TC RM | Informes d'hospitalització |
| <input type="checkbox"/> Altra (especificar) _____ | |
| Nom i cognoms del metge de referència | Telèfon de contacte |

| | |
|---|---|
| Dades a efecte de comunicació del sol·licitant | |
| Adreça | Codi postal |
| Correu electrònic | Telèfon de contacte fix Mòbil Fax |
| Dades que corresponen a <input type="checkbox"/> Pacient Sol·licitant | |

Les dades que declaro en aquesta sol·licitud són certes i assumeixo la responsabilitat derivada de la seva omissió o falsedat i SOL·LICITO l'emissió de l'informe corresponent en el termini establert.

Així mateix, autoritzo expressament que les dades de caràcter personal contingudes en aquest document i les que l'acompanyen siguin incorporades al fitxer del Programa de Segona Opinió Mèdica d'ASCSA (responsable: Assistència Sanitària Col·legial, SA d'Assegurances, NIF A-08169526, amb domicili social a l'Av. Josep Tarradellas, 123 - 127, 08029 Barcelona) amb la finalitat de poder obtenir una nova avaluació mèdica per a un millor diagnòstic i tractament, i declaro estar informat del meu dret d'accés i rectificació, cancel·lació i oposició de les dades personals de salut aportades.

_____ el ____ d _____ de _____

Signatura del/de la pacient o de la persona que actua en el seu nom (en aquest cas, adjunti la documentació acreditativa corresponent)

Signat(*):

Aquesta sol·licitud comporta que el/la pacient autoritza a accedir a la seva història clínica les persones i els professionals que es considerin oportuns per tramitar i dur a terme la segona opinió mèdica.

* Si us plau, adjunti fotocòpia del DNI o Passaport.

RESPONSABLE: Assistència Sanitària Col·legial, SA de Seguros ("ASCSA"). **FINALITAT:** Proporcionar una segona opinió mèdica, per a un millor diagnòstic i tractament. **LEGITIMACIÓ:** Consentiment de l'Interessat. **DESTINATARIS:** El destinatari és l'assegurador, així com la resta d'empreses del Grup ASCSA o vinculades, en aquells casos que sigui necessari. **DRETS:** Es poden exercir els drets a accedir, rectificar i suprimir les seves dades personals i a exercir la resta de drets, segons s'especifica en l'apartat informació addicional. **INFORMACIÓ ADDICIONAL:** Es pot consultar informació addicional i detallada sobre protecció de dades a www.asc.es/ca/proteccio-de-dades

PREGUNTA QUE ES PLANTEJA PER A LA SEGONA OPINIÓ MÈDICA

A. Si us plau, indiqueu el motiu pel qual sol·liciteu la Segona Opinió Mèdica i quina pregunta voleu que li respongui l'informe de la segona opinió mèdica:

Signatura del pacient(*):

Signatura del sol·licitant(*):

_____, el ____ d _____ de _____

* Si us plau, adjunteu fotocòpia del DNI o Passaport.

B. Relacioni els especialistes i Centres Mèdics en els quals l'assegurat ha estat tractat:

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Dr. Hospital/Clínica: | Dr. Hospital/Clínica: |
| Dr. Hospital/Clínica: | Dr. Hospital/Clínica: |
| Dr. Hospital/Clínica: | Dr. Hospital/Clínica: |
| Dr. Hospital/Clínica: | Dr. Hospital/Clínica: |
| Dr. Hospital/Clínica: | Dr. Hospital/Clínica: |
| Dr. Hospital/Clínica: | Dr. Hospital/Clínica: |
| Dr. Hospital/Clínica: | Dr. Hospital/Clínica: |
| Dr. Hospital/Clínica: | Dr. Hospital/Clínica: |

Signatura del sol·licitant(*):

Signatura del pacient(*):

_____, el ____ d _____ de _____

* Si us plau, adjunti fotocòpia del DNI o Passaport.

DOCUMENT A OMLIR SOLS EN CAS QUE LA PERSONA QUE SOL·LICITA LA SEGONA OPINIÓ MÈDICA NO SIGUI EL PACIENT

** Necessari en cas que la persona que sol·licita la Segona Opinió Mèdica no sigui el pacient.*

“Jo, _____ (Núm. de pòlissa _____), mitjançant aquest document, autoritzo _____ que sol·liciti en nom meu a ASCSA una segona opinió mèdica.

Així mateix, autoritzo les persones que col·laborin amb ASCSA perquè sol·licitin la informació mèdica que considerin necessària a qualsevol metge o institució que m’hagi atès, d’acord amb la legislació aplicable sobre la protecció de dades de caràcter personal i normativa de desenvolupament.

D’altra banda, autoritzo expressament que les dades de caràcter personal gestionades en el marc d’aquesta segona opinió mèdica siguin incorporades al fitxer del Programa de Segona Opinió Mèdica d’ASCSA (responsable: Assistència Sanitària Col·legial, SA d’Assegurances, NIF A-08169526, amb domicili social a l’Av. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona) amb la finalitat de poder obtenir una nova avaluació mèdica per a un millor diagnòstic i tractament, i declaro estar informat del meu dret d’accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades personals de salut aportades”.

Signatura del sol·licitant(*):

Signatura del pacient(*):

_____, el ____ d _____ de _____

Dades personals de la persona representant:

Nom i Cognoms: _____

DNI o Passaport: _____

Relació amb el pacient: _____

Dades de contacte:

Telèfon: Fix: _____ Mòbil: _____ Fax: _____

Correu electrònic: _____

Adreça Postal: _____

Si el pacient és menor de 18 anys, adjunti prova documental conforme vostè n’és el pare o la mare, o el seu tutor. Si el pacient estigués en situació d’incapacitat legal, és necessària prova documental conforme vostè pot actuar en nom seu.

* Si us plau, adjunti fotocòpia del DNI o Passaport.

AUTORITZACIÓ PER SOL·LICITAR INFORMACIÓ MÈDICA

Nom i cognoms del pacient: _____
Núm. de pòlissa: _____
Nom i cognoms del sol·licitant: _____

“Jo, _____, autoritzo el Programa de Segona Opinió Mèdica d’ASCSA a rebre, de la seva institució, tota la informació mèdica que s’indica a continuació:

Així mateix, autoritzo ASCSA i les persones que hi col·laborin perquè sol·licitin la informació mèdica que considerin necessària a qualsevol metge o institució que m’hagi atès, d’acord amb la legislació aplicable sobre la protecció de dades de caràcter personal i normativa de desenvolupament”.

La còpia d’aquest formulari serà considerada tan vàlida com un original.

Si us plau, envïi la documentació sol·licitada a l’adreça següent:

Assistència Sanitària
Programa de Segona Opinió
Av. Josep Tarradellas, 123 - 127
08029 - Barcelona

En cas de requerir informació addicional, si us plau, contacti amb nosaltres al telèfon 93 495 44 44.

Atentament,

Signatura(*):

Nom: _____
Data: _____

* Si us plau, adjunti fotocòpia del DNI o Passaport.