

## DOCUMENTO DE SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

<b>Datos del/de la paciente</b>			
Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Sexo: Masculino                      Femenino	
Número de póliza	DNI	Teléfono de contacto	
Dirección		Código postal	

<b>Datos de la persona que actúa en nombre del/de la paciente (si existe)</b>	
Nombre y apellidos	DNI
Vinculación con el/la paciente	Teléfono de contacto

<b>Datos asistenciales</b>	
Diagnóstico/Proceso asistencial para el que pide segunda opinión	
Documentación clínica que se adjunta	
<input type="checkbox"/> Análisis clínicos	Anatomía patológica                      Radiografía
<input type="checkbox"/> TC                      RM	Informes de hospitalización
<input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____	
Nombre y apellidos del médico de referencia	Teléfono de contacto

<b>Datos a efectos de comunicación del solicitante</b>	
Dirección	Código postal
Correo electrónico	Teléfono de contacto fijo Móvil                      Fax
Datos que corresponden a <input type="checkbox"/> Paciente                      Solicitante	

Los datos que declaro en esta solicitud son ciertos y asumo la responsabilidad derivada de su omisión o falsedad y SOLICITO la emisión del informe correspondiente en el plazo establecido.

Asimismo, autorizo expresamente que los datos de carácter personal contenidos en este documento y los que lo acompañan sean incorporados al fichero del Programa de Segunda Opinión Médica de ASCSA (responsable: Assistència Sanitària Col·legial d'Assegurances, SA NIF A-08169526, con domicilio social en la Av. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona) con la finalidad de poder obtener una nueva evaluación médica para un mejor diagnóstico y tratamiento y declaro estar informado de mi derecho de acceso y rectificación, cancelación y oposición de los datos personales de salud aportados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_

Firma del/de la paciente o de la persona que actúa en su nombre (en este caso, adjunte la documentación acreditativa correspondiente)

Firmado(\*):

Esta solicitud comporta que el/la paciente autoriza a acceder a su historia clínica a las personas y a los profesionales que se consideren oportunos para tramitar y llevar a término la segunda opinión médica.

\* Por favor, adjunte fotocopia del DNI o Pasaporte.

**RESPONSABLE:** Asistencia Sanitaria Colegial, SA de Seguros ("ASCSA"). **FINALIDAD:** Proporcionar una segunda opinión médica, para mejorar el diagnóstico y el tratamiento. **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del Interesado. **DESTINATARIOS:** El destinatario es el asegurador y el resto de las empresas del Grupo ASCSA o vinculadas, en aquellos casos que sea necesario. **DERECHOS:** Se pueden ejercer los derechos a acceder, rectificar y suprimir sus datos personales y a ejercer el resto de los derechos, según se especifica en el apartado información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL:** Se puede consultar información adicional y detallada sobre protección de datos en [www.asc.es/es/proteccion-de-datos](http://www.asc.es/es/proteccion-de-datos)

## PREGUNTA QUE SE PLANTEA PARA LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

A. Por favor, indique el motivo por el que solicita la Segunda Opinión Médica y qué pregunta quiere que le responda el informe de la segunda opinión médica:

Firma del paciente(\*):

Firma del solicitante(\*):

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\* Por favor, adjunte fotocopia del DNI o Pasaporte.

B. Relacione los especialistas y Centros Médicos en los que el asegurado ha sido tratado:

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:

Firma del paciente(\*):

Firma del solicitante(\*):

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\* Por favor, adjunte fotocopia del DNI o Pasaporte.

**DOCUMENTO A CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE QUE LA PERSONA QUE SOLICITA LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NO SEA EL PACIENTE**

*\* Necesario en caso de que la persona que solicita la Segunda Opinión Médica no sea el paciente.*

“Yo, \_\_\_\_\_ (Núm. de póliza \_\_\_\_\_), mediante este documento, autorizo a \_\_\_\_\_ a que solicite en mi nombre a ASCSA una segunda opinión médica.

Asimismo, autorizo a las personas que colaboran con ASCSA para que soliciten la información médica que consideren necesaria a cualquier médico o institución que me haya atendido, de acuerdo con la legislación aplicable sobre la protección de datos de carácter personal y normativa de desarrollo.

Por otra parte, autorizo expresamente a que los datos de carácter personal gestionados en el marco de esta segunda opinión médica sean incorporados a los ficheros del Programa de Segunda Opinión Médica de ASCSA (responsable: Assistència Sanitària Col·legial, SA d’Assegurances, NIF A-08169526, con domicilio social en la Av. Josep Tarradellas, 123- 127, 08029 Barcelona) con la finalidad de poder obtener una nueva evaluación médica para un mejor diagnóstico y tratamiento, y declaro estar informado de mi derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos personales de salud aportados”.

Firma del solicitante(\*):

Firma del paciente(\*):

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Datos personales de la persona representante:

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI o Pasaporte: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Datos de contacto:

Teléfono: Fijo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

*Si el paciente es menor de 18 años, adjunte prueba documental conforme usted es su padre, su madre, o su tutor. Si el paciente estuviera en situación de incapacidad legal, es necesaria prueba documental conforme usted puede actuar en su nombre.*

\* Por favor, adjunte fotocopia del DNI o Pasaporte.

## AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

Núm. de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del solicitante: \_\_\_\_\_

“Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al Programa de Segunda Opinión Médica de ASCSA a recibir, de su institución, toda la información médica que se indica a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asimismo, autorizo a ASCSA y a las personas que colaboran con ella para que soliciten la información médica que consideren necesaria a cualquier médico o institución que me haya atendido, de acuerdo con la legislación aplicable sobre la protección de datos de carácter personal y normativa de desarrollo”.

La copia de este formulario será considerada tan válida como un original.

Por favor, envíe la documentación solicitada a la dirección siguiente:

**Assistència Sanitària**  
**Programa de Segunda Opinión**  
**Av. Josep Tarradellas, 123 - 127**  
**08029 - Barcelona**

En caso de requerir información adicional, por favor, contacte con nosotros al teléfono 93 495 44 44.

Atentamente,

Firma(\*):

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\* Por favor, adjunte fotocopia del DNI o Pasaporte.