ANEXO 4. **FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONSULTA PARA CIUDADANÍA**

SOLICITANTE (Solo rellenar en caso de no ser el paciente el que solicita)	
Nombre y apellidos:	
DNI: NIE:	Parentesco/relación con el Paciente:
Domicilio:	
Teléfono(s) de Contacto:	Email:

PACIENTE			
Nombre y apellidos:			
Nacionalidad	DNI: NIE:	NUSHA:	
Domicilio:			
Teléfono(s) de Contacto:	Email:		
Si está Ingresado	Centro:	Fecha ingreso:	Cama:
	Servicio responsable:	Médico responsable	
Centro de Salud:	Médico de AP:		

Relación de documentos adjuntos (toda documentación útil para que el CEA pueda emitir informe)

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y resto de normativa aplicable, la Consejeria de Salud y el Servicio Andaluz de Salud le informan que los datos obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero. Si lo desea puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la ley, dirigiendo su escrito a la Dirección Gerencia de este centro.

MOTIVO DE LA SOLICITUD (se podrán adjuntar folios a la solicitud, si se requiere más espacio)

PREGUNTAS CONCRETAS AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL ASNC:

En _____, a _____ de _____de20____.

Fdo.:

ANEXO 5. **FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA SOLICITAR UNA CONSULTA**

Con este documento, la persona abajo firmante autoriza a un allegado o familiar a realizar una solicitud de consulta al Comité de Ética Asistencial del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada y acceder a la información clínica resultante de esta solicitud.

D/Dña_____

con Núm. D.N.I./NIE/Pasaporte_____ y

Domicilio_____

AUTORIZA A

D/Dña_____

con Núm. D.N.I./NIE/Pasaporte_____ y

Domicilio_____

PARA REALIZAR SOLICITUD DE CONSULTA, EN MI NOMBRE, AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE GRANADA.

En _____, a _____ de _____de20____.

Fdo.: