

Formulario de autorización

Poner a disposición sus datos médicos a través del LSP



volg je zorg

Concedo/no concedo autorización al (a los) siguiente(s) prestador(es) de cuidados para poner a disposición mis datos a través del LSP. He leído toda la información del folleto '¡Sí! Quiero compartir mi historial médico; ¡Dé permiso para compartir sus registros médicos!'

Datos del médico de cabecera o la farmacia

¿Para qué prestador de cuidados concede usted autorización (prestador de cuidados 1)?	<input type="checkbox"/> mi médico de cabecera <input type="checkbox"/> mi farmacia	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Nombre:		
Dirección:		
Código postal y ciudad:		

¿Para qué prestador de cuidados concede usted autorización (prestador de cuidados 2)?	<input type="checkbox"/> mi médico de cabecera <input type="checkbox"/> mi farmacia	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Nombre:		
Dirección:		
Código postal y ciudad:		

Mis datos No olvide firmar.

Apellido:	Iniciales:	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
Dirección:			
Código postal y ciudad:			
Fecha de nacimiento:	Firma:		
	Fecha:		

¿Quiere conceder autorización para sus hijos?

- Para niños menores de 12 años: usted concede autorización como padre o tutor. Para ello puede usar este formulario.
- Para niños de 12 a 16 años que quieren conceder autorización: tanto usted, como padre o tutor, como su hijo firman.
- Los niños a partir de 16 años conceden ellos mismos autorización y rellenan su propio formulario.

Datos de mis hijos

Rellene a continuación los datos de los hijos para los que quiere conceder autorización. **No olvide firmar también usted.**

Apellido:	Iniciales:	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
Fecha de nacimiento:	Firma:	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Apellido:	Iniciales:	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
Fecha de nacimiento:	Firma:	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

¿Tiene más de dos hijos? Solicite un formulario adicional de autorización.

Firma del padre o tutor:	Fecha:
--------------------------------	--------------

Entregue este formulario al médico de cabecera o farmacia que tramita la autorización.