



HECHOS

Publicado el BOIB 6301, Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia.

Nota Informativa con relación al reconocimiento de las Personas Trans a utilizar el nombre sentido en los documentos identificativos y registros dependientes del Servicio de Salud.

OBJETIVO

El objetivo de este registro es actualizar mediante solicitud el nombre registral por el nombre sentido en todos los sistemas informáticos de esta CCAA.

Entendiéndose como Nombre Registral (Oficial) aquel que consta en el Registro Civil y todo documento identificativo oficial; y el Nombre Sentido aquel por el cual el ciudadano se siente Identificado.

Este protocolo forma parte del proyecto SIP «Sistema de Información Poblacional» Único.

PRESENTACION DE SOLICITUDES

Toda solicitud se podrá entregar en cualquier centro sanitario público, para su curso y registro en Servicios Centrales del IB Salud dirigidas al **Director General del «Servei de Salut de les Illes Balears»** (véase **Anexo I**), bien en persona o vía correo interno a través de los distintos Centros de Salud (en sobre cerrado).

El representante legal (tutor/a, padre o madre) serán los autorizados al registro en el caso del menor solicitante.

Documentación por aportar para el Registro y posterior escaneo:

En el caso del **menor de edad**:

- Documento identificativo del tutor/a, padre/madre o representante legal.
- Documento identificativo del menor.

- Libro de familia o documento oficial en el cual se reconozca ser el Representante Legal del menor solicitante.
- Fotografía actualizada del ciudadano.

En el caso del solicitante ser **mayor de edad**:

- Documento identificativo del ciudadano solicitante.
- Fotografía actualizada del ciudadano.

Recordamos que, si la documentación requerida (incluida foto) ya está escaneada en CIVITAS, no será necesario enviarla de nuevo en sobre cerrado.

Y, solo aceptarán las solicitudes que estén correctamente tramitadas, eso quiere decir, no será válida una solicitud que sea fotocopia. La solicitud debe presentarse el original.

GENERO SENTIDO

Notificar a través de la solicitud aquella expresión de género actual, que, sin ser por **error** de mecanización del campo "sexo" el ciudadano así lo solicite.

El centro sanitario deberá notificar a este departamento a través de la solicitud (**Anexo I**) con la documentación requerida en el punto anterior indicando el género sentido.

El sexo sentido con expresión de género deberá notificarse según procedimiento.

RESOLUCION APROBADA

Una vez aceptada y aprobada la solicitud (véase **Anexo II**) se informará mediante resolución escrita al solicitante y, en caso del menor solicitante, se informará al representante legal del mismo (tutor/a, padre/madre) para que finalicen el procedimiento con la emisión de la tarjeta sanitaria o documento de asistencia sanitaria en el centro designado.

Emisión y recogida de la Tarjeta Sanitaria o Documento de Asistencia Sanitaria

Tiene preferencia (si el solicitante así lo desea) el envío de la Tarjeta Sanitaria o Documento de Asistencia Sanitaria al propio domicilio del solicitante (previa comprobación de datos y fotografía en CIVITAS).

Motivos por los cuales la recogida no podrá hacerse a través del domicilio del solicitante

- Cuando así lo mencione el solicitante.
- Cuando no conste la documentación escaneada en CIVITAS.
- Cuando el domicilio no esté registrado correctamente en CIVITAS.
- Cuando la fotografía no coincidiera con el nombre sentido del solicitante.

Centros de emisión de la Tarjeta Sanitaria o Documento de Asistencia Sanitaria

Cuando la tramitación esté finalizada la tarjeta sanitaria o documento de asistencia sanitaria quedará pendiente de recogida por parte del ciudadano. El solicitante podrá recoger dicha tarjeta en su centro sanitario como en los siguientes puntos relacionados.

MALLORCA	Servei de Salut de les Illes Balears Serveis Centrals C/ de la Reina Esclarmunda 9 07003 Palma	Jose Olivares	971 170 058
MENORCA	Unidad de Tramitación UBS Es Castell Plaça Constitució 1 07720 Menorca	Joana Maria Carreras	971 360 925
EIVISSA	Unidad de Tramitación Hospital Can Misses Edificio J Calle Corona s/n 07800 Eivissa	Teresa Carroquino Eva Mulero	971 397 000 (centralita)
FORMENTERA	Hospital Formentera Venda des Brolls s/n 07860 Formentera	Teresa Carroquino Eva Mulero	971 397 000 (centralita)

REQUERIMIENTO DE SUBSANACIÓN

Cuando la solicitud presente defectos de forma, se requerirá al ciudadano (en el caso del menor al representante legal) para la subsanación según los términos establecidos en la ley de procedimiento administrativo. (Véase **Anexo III**)

PROCESO DE EMISIÓN Y ENTREGA DE LA TARJETA SANITARIA O DOCUMENTO ASISTENCIA SANITARIA

Apellido 1	XXX	Apellido 2	XXX
Nombre	XXX	Nombre RED.	A.A.A. <input checked="" type="checkbox"/>

Mallorca

Avisado el ciudadano, éste deberá personarse en Servicios Centrales o Centro Sanitario para que presente la documentación original presentada en copia en la solicitud para su posterior escaneo. Se dejará mensaje en el sistema local del centro sanitario, como en CIVITAS.

Se registrará en el sistema informático (CIVITAS), actualizando a su vez tanto la fotografía (si fuera preciso) como el resto de información.

Se recogerá la TSI o DAS anterior para su anulación; emitiendo la siguiente actualizada con el nombre sentido.

Menorca, Eivissa & Formentera

El ciudadano será avisado y el Centro Sanitario verá en su sistema local (eSIAP) el mensaje de aprobación o requerimiento; éste, deberá

personarse en el puesto indicado para el escaneo de los originales de la documentación aportada como copia en la solicitud, salvo que la documentación esté registrada.

Igual que en Mallorca, se actualizará el registro completo en CIVITAS, la fotografía (si fuera preciso), como también el resto de información, actualizando el registro.

Se finalizará, emitiendo nueva TSI o DAS, anulando la anterior.

Una vez finalizado el registro, se enviará a través de **NOTIFIC@** la resolución a la solicitud, para ello es **OBLIGATORIO** añadir mail en la solicitud inicial, para que el ciudadano solicitante reciba el enlace a la Carpeta Ciudadana.

Véase ANEXO VI

TRASLADO DE LA INFORMACIÓN AL RESTO DE SISTEMAS INFORMÁTICOS DE LA CCAA


Una vez aprobada la solicitud y antes de proceder a la actualización de datos en el Sistema de Información Poblacional del *Servei de Salut*, se comprobará en qué sistemas clínicos principales tiene o ha mantenido actividad como medio de garantizar la transmisión de la información.

Una vez actualizado el registro en CIVITAS, se revisará qué sistemas informáticos de esta CA han trasladado el registro correctamente y en cuales se deberá enviar un mail al Responsable del Servicio Informático para que actualice el registro aprobado.

SSCC SIP & TSI - Palma a 26 de abril de 2023

ANEXO

Anexo I: SOLICITUD DE CAMBIO DE NOMBRE DENTRO DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA PÚBLICA CON INDEPENDENCIA DE LA IDENTIDAD REGISTRAL Y GÉNERO SENTIDO [català - castellano]

 G CONSELLERIA O SALUT I SERVEI SALUT B ILLES BALEARS	SOL·LICITUD DE CANVI DE NOM DINS DE L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA PÚBLICA AMB INDEPENDÈNCIA DE LA IDENTITAT REGISTRAL SOLICITUD DE CAMBIO DE NOMBRE DENTRO DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA PÚBLICA CON INDEPENDENCIA DE LA IDENTIDAD REGISTRAL	
	Marcar SI escau: <input type="checkbox"/>	En representació legal del menor.
	Marcar SI procede: <input type="checkbox"/>	En representació legal del menor.
	REPRESENTANT LEGAL (Tutor/a, Pare o Mare) REPRESENTANTE LEGAL (Tutor/a, Padre o Madre)	
Sr/ Sra	(NIF, NIE o Passaport) N ^º	(NIF, NIE o Pasaporte) N ^º
Domicili Domicilio		
Localitat Localidad	Telèfon Teléfono	
SOL·LICITANT SOLICITANTE		
D/D ^a	(NIF, NIE, Passaport) N ^º	(NIF, NIE o Pasaporte) N ^º
Domicili (als efectes de notificació) Domicilio (a los efectos de notificación)		
Localitat Localidad	telèfon teléfono	
nascut/da el nacido/a el	Mail	
Documentació a aportar. Documentación a aportar:		
En cas del sol·licitant esser menor de edat. <i>En caso del Solicitante ser menor de edad:</i>		
<ul style="list-style-type: none">• NIF, NIE o Passaport del tutor/a o Representant Legal. <i>NIF, NIE o Pasaporte del Tutor/a o Representante Legal.</i>• Llibre de família o document oficial en el qual sigui reconegut ser el representant legal del menor. <i>Libro de familia o documento oficial en el cual se reconozca ser el representante legal del menor.</i>• NIF, NIE o Passaport del menor. <i>NIF, NIE o Pasaporte del menor.</i>• Fotografia actualitzada del menor. <i>Fotografía actualizada del menor.</i>		
En cas del sol·licitant sigui major d'edat. <i>En el caso del Solicitante ser Mayor de edad:</i>		
<ul style="list-style-type: none">• NIF, NIE o Passaport del sol·licitant. <i>NIF, NIE o Pasaporte del solicitante.</i>• Fotografia actualitzada. <i>Fotografía actualizada.</i>		
EXPOSA. EXPONE:		
Que la Documentació d'identitat Oficial (Registre Civil o substitutori) no es correspon amb la meua identitat de gènere. I acollint-me al que disposa l'article 22 de la Llei 8/2016, me sigui reconegut el nom pel qual me sento representat /da. Vull rebre la Targeta Sanitària o Document d'Assistència Sanitària al domicili (exposat a dalt) o bé recollir-lo a Serveis Centrals de IB Salut.		
Que la documentación de Identidad Oficial (Registro Civil o Substitutorio) no se corresponde con mi identidad de género. Y acogéndome a lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley 8/2016, me sea		

reconocido el nombre por el cual me siento representado/a. Quiero recibir la Tarjeta Sanitaria o Documento de Asistencia Sanitaria en el domicilio (arriba expuesto) o bien recogerlo en Serveis Centrals de IB Salut.

Per tot el dit. *Por todo lo dicho*

SOL·LICIT. SOLICITO:

Que el Servei de Salut adequi la documentació administrativa susceptible d'exposició pública (inclosa la targeta sanitària o document d'assistència sanitària), fent constar

NOM: _____
GENER: <input type="checkbox"/> Masculí <input type="checkbox"/> Femení <input type="checkbox"/> Un altre: _____

pel qual vull ser reconegut / da i es traslladi aquesta informació a tota la xarxa sanitària pública d'aquesta CA.

Que el «Servei de Salut» adecúe la documentación administrativa susceptible de exposición pública (incluida la Tarjeta Sanitaria o Documento de Asistencia Sanitaria), haciendo constar

NOMBRE: _____
GENERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro: _____

por el cual quiero ser reconocido/a y se traslade esta información a toda la red Sanitaria Pública de esta CA.

A _____, de _____ 20 _____

Firma sol·licitant
Firma solicitante

Firma Representant Legal
Firma Representante Legal

Sr. DIRECTOR GENERAL DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS

C/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma
Tel. 971 175 600. Fax 971 175 605

Anexo II: RESOLUCIÓN APROBADA
[català - castellano]



Resolució del Director General del Servei de Salut de les Illes Balears, d'acord amb la Llei 08/2016 de 30 de maig, per garantir els drets de lesbianes, gais, trans, bisexuals i intersexuals i per erradicar la LGTBI fòbia.

Resolución del Director General del «Servei de Salut de les Illes Balears», de acuerdo a la Ley 08/2016 de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales i para erradicar la LGTBI fobia.

Fets

- Presentada la sol·licitud de canvi de nom a favor de

Hechos

- Presentada la solicitud de cambio de nombre a favor de

[Empty rectangular box for name]

Amb data de registre

Con fecha de registro

[Empty rectangular box for date]

Davant l'Administració Sanitària Pública i amb independència de la Identitat Registral.

Ante la Administración Sanitaria Pública y con independencia de la Identidad Registral.

- Comprovada la documentació necessària per al registre.

- Comprobada la documentación necesaria para el registro.

Per tot això, dicto la següent

Por todo esto, dicto lo siguiente

Resolució

- Aprovar la sol·licitud del ciutadà amb NIF/NIE/Passaport i Nom Sentit.

Resolución

- Aprobar la solicitud del ciudadano/a con NIF/NIE/Pasaporte y Nombre Sentido.

NIF/NIE/Passaport[<i>Pasaporte</i>]	Nom Sentit /Nombre Sentido
---------------------------------------	----------------------------

- Informar a tots els Serveis Informàtics d'aquesta CCAA del canvi d'Identitat Registral per Nom Sentit.
- Autoritzar l'emissió d'una nova Targeta Sanitària o Document d'Assistència Sanitària.
- Informar al sol·licitant o, si no al tutor/a o representant legal en el cas que el sol·licitant sigui menor d'edat en el moment de l'aprovació de la sol·licitud.

- Informar a todos los Servicios Informáticos de esta CCAA del cambio de Identidad Registral por Nombre Sentido.
- Autorizar la emisión de una nueva Tarjeta Sanitaria o Documento de Asistencia Sanitaria.
- Informar al solicitante o, en su defecto al tutor/a o representante legal en el caso de que el solicitante sea menor de edad en el momento de la aprobación de la solicitud.

Palma, a de de 2023 .

Director General del Servei de Salut de les Illes Balears

Javier Ureña Morales

Anexo III: REQUERIMIENTO DE SUBSANACIÓN [català - castellano]



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Resolució del Director General del Servei de Salut de les Illes Balears, d'acord amb la Llei 08/2016 de 30 de maig, per garantir els drets de lesbianes, gais, trans, bisexuals i intersexuals i per erradicar la LGTBI fòbia.

Resolución del Director General del Servei de Salut de les Illes Balears, en base a la Ley 08/2016 de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia.

Fets / Hechos

1. Presentada la sol·licitud del canvi de nom a favor de amb data de registre, davant l'Administració Sanitària Pública i amb independència de la Identitat Registral.
Presentada la sol·licitud del cambio de nombre a favor de con fecha de registro, ante la Administración Sanitaria Pública y con independencia de la Identidad Registral.
2. Comprovada la documentació necessària per al registre.
Comprobada la documentación necesaria para el registro.

Per tot això, dicto el següent. / *Por todo esto, dicto lo siguiente.*

Resolució / Resolución

1. Requerir la documentació a presentar en el termini de deu dies, havent d'entendre que la no esmena implica la nul·litat de la sol·licitud (art. 73, Llei 39/2015 de 1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques)
Requerir la documentación a presentar en el plazo de diez días, debiéndose entenderse que la no subsanación implica la nulidad de la solicitud (art. 73, Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas)
2. Documentació requerida és la següent:
Documentación requerida es la siguiente:
 - Document identificatiu del/de la sol·licitant. *Documento identificativo del/de la solicitante.*
 - Document identificatiu del/de la Representant Legal del/de la menor (tutor o tutora, pare o mare). *Documento identificativo del/de Representante Legal del/de la menor (tutor o tutora, padre o madre).*
 - Llibre de família o document oficial en el qual es reconegui ser el/la Representant Legal del/de la menor. *Libro de familia o documento oficial en el cual se reconozca ser el/la Representante Legal del/de la menor.*
 - Fotografia actualitzada del/de la sol·licitant. *Fotografía actualizada del/de la solicitante.*

Palma, a _____ de _____ de

Director General del Servei de Salut de les Illes Balears

Javier Ureña Morales

C/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma
Tel. 971 175 600. Fax 971 175 605

Anexo IV: CARTA DEL SERVICIO DE SIP I TSI
[català - castellano]

 G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Sr. _____
Cl _____
07013 Palma _____

Distingit/da Senyor/a,

En resposta a la seva sol·licitud registrada en aquests Serveis Centrals de IIB Salut, adjuntem Resolució aprovada del director general del Servei de Salut dels Illes Balears, d'acord amb la Llei 08/2016 de 30 de maig, per garantir els drets de lesbianes, gais, trans, bisexuals i intersexuals i per eradicar la LGTBI fòbia.

Atentament,

Mateu Mesquida Mas

Cap de Servei de Targeta Sanitària i Sistema d'Informació Poblacional.
Jefe del Servicio de Tarjeta Sanitaria y Sistema de Información Poblacional.

Palma, a _____ de _____ de _____ .

Distinguido/a Señor/a,

En respuesta a su solicitud registrada en estos Servicios Centrales del IB Salud, adjuntamos Resolución aprobada del Director General del «Servicio de Salud de las Illes Balears», de acuerdo con la Ley 08/2016 de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia.

Atentamente,

C/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma
Tel. 971 175 600. Fax 971 175 605