

DOCUMENTO DE CAMBIO DE MÉDICO / ENFERMERA

AREA	CENTRO:	
DATOS PERSONALES:		
CITE: 803414	CIP: (autonómico)	CADUCIDAD:
APELLIDOS:		NOMBRE:
PAIS NACIMIENTO:		C.A. NACIMIENTO:
LOCALIDAD NACIMIENTO:		
FECHA NACIMIENTO:	SEXO:	TIPO DE USUARIO:
EXTRANJERO (SI/NO):	NIF/NIE:	PASAPORTE:
COMUNITARIO (SI/NO/APATRIDA):	NACIONALIDAD:	
Nº TARJ PAIS ORIGEN:	Nº TARJ RESIDENTE:	CADUCIDAD:
Nº AFIL. PROPIO:	Nº AFIL. ASISTENCIA:	
DATOS DOMICILIO		
DIRECCIÓN:		
POBLACIÓN:		
CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONOS:	E-MAIL:
FACULTATIVO / ENFERMERA ELEGIDO		
FACULTATIVO:		PUESTO: (CIAS)
CENTRO DE SALUD/CONSULTORIO:		CÓDIGO:
DIRECCION:		
TELÉFONO CITA: 902079079	TELÉFONO URGENCIAS: 061	EMAIL:
ENFERMERA:		PUESTO: (CIAS)
CENTRO DE SALUD/CONSULTORIO:		CÓDIGO:
DIRECCION:		
TELÉFONO CITA: 902079079	TELÉFONO URGENCIAS: 061	
Firma del usuario	Sello del Centro	
<u>ELECCIÓN CONCEDIDA:</u>		<u>ELECCIÓN DENEGADA:</u>
<u>Motivo del Cambio:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LE: Libre Elección. ▪ CD: Cambio de Domicilio. ▪ CS: Cambio de Gerencia. Puesto Anterior: / (CIAS) Conformidad del facultativo / enfermera:		a) El domicilio del usuario radica en otro Área de Salud y la localidad no tiene una población superior a 250.000 habitantes. b) El cupo del facultativo supera el número máximo de personas adscritos. c) El facultativo rechaza la elección por radicar el domicilio del usuario en otra Zona Básica de Salud. d) El facultativo rechaza la elección por superar su cupo el número óptimo de personas adscritas. Denegación del facultativo:

Este documento de solicitud no tiene validez sin la diligencia de concesión o denegación.

Contra esta resolución pondrá Reclamación previa a la vía jurisdiccional laboral ante el órgano que ha dictado en el plazo de 30 días siguientes a la fecha de su notificación de conformidad con lo establecido en el Artículo 71 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral.

De conformidad con el art. 5 de la L.O. 15/1991, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que sus datos personales serán incorporados y tratados en el fichero Usuarios del Sistema Sanitario, debidamente creado mediante Orden del Consejero de Salud y Consumo, publicada en el Boletín Oficial de las Islas Baleares, e inscrito en el Registro General de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de proporcionarle acceso a los servicios sanitarios y a la prestación farmacéutica del Servicio de Salud de las Islas Baleares y a los servicios del Sistema Nacional de Salud para lo cual se podrán ceder sus datos a las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social y a los Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas.

El Responsable del Fichero es el Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut) y el interesado puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de IB-Salut en la calle Reina Esclaramunda 9, 07003 de Palma de Mallorca.