

FORMULARIO DE CAMBIO DE DOMICILIO EN TARJETA SANITARIA

DATOS DEL USUARIO

CIA: AR

N. afiliación

NIF/NIE:

Nombre y Apellidos:

Tipo usuario

F.Nacimiento:

T o B

DATOS DE LOCALIZACIÓN

Domicilio:

Otros datos:

Localidad:

Provincia:

N.:

C.Postal:

Teléfono:

FACULTATIVO ELEGIDO (adherir etiqueta de adscripción de médico)

Dr/a.:

Dir.:

Tel.Cita:

CIAS:

Firma del INTERESADO

Tel.Urg

Centro

El domicilio del usuario radica en otra zona de Salud

Calle:

Localidad

Zona

El cupo supera el nº óptimo de personas adscritas

ELECCIÓN CONCEDIDA

MOTIVO DEL CAMBIO

CD CAMBIO DE DOMICILIO

CIAS ANTERIOR:

CONFORMIDAD DEL FACULTATIVO

ELECCIÓN DENEGADA

1. El domicilio del usuario radica en otra área de salud y la localidad no tiene una población superior a 250.000

2. El cupo del facultativo supera el número máximo de personas adscritas.

3. El facultativo rechaza la elección por radicar el domicilio del usuario en otra Zona Básica de Salud.

4. El facultativo rechaza la elección. Su cupo supera el número óptimo de personas adscritas.
En los casos 3 y 4.

FIRMA DEL FACULTATIVO

Fecha de solicitud:

(*) Cuando el cambio de afiliación implique cambio de tipo de usuario se anotará el nuevo tipo.

Los datos de este formulario van a ser incorporados al fichero "Registro de usuarios del Sistema de Salud de Aragón" creado por la Orden de 8 de abril de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, publicada en el BOA de 16 de abril de 2003. Los datos personales recogidos son los de identificación, localización y/o cancelación. Se informa que el órgano de la Administración responsable del fichero es el Departamento de Salud y Consumo, y el ejercicio de acceso se efectuará ante la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

EJEMPLAR PARA EL USUARIO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

SERVICIO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO. CENTRO DE SALUD DE _____