

## SOLICITUD DE ASISTENCIA SEGUNDA OPINION

### Datos del paciente

NIF/CIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Fecha de nacimiento	CIP		

### Datos del solicitante (Cumplimentar cuando el solicitante no sea el paciente)

NIF/CIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
VINCULACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Familiar (Adjuntar documento que acredite la relación familiar)	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho (Adjuntar documento que acredite la relación de hecho)	<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal)	<input type="checkbox"/> Persona autorizada al efecto (Adjuntar documento que acredite la autorización expresa)

### Datos a efectos de notificación

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico			

### Solicita

Considerando que, en virtud de lo establecido en la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en el Decreto por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Cantabria y adjuntando copia del informe correspondiente a la atención realizada,

Solicito la obtención de una segunda opinión médica motivada por:

Proceso susceptible de segunda opinión médica:

### Política de Protección datos

En cumplimiento de la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016), a Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre se informa:

Tratamiento, registro y tramitación de solicitudes de asistencia segunda opinión. **Responsable:** Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Con domicilio en Avda. Cardenal Herrera Oria s/n 39011 Santander. **Finalidad:** El registro de solicitudes, escritos y comunicaciones dirigidas al Servicio Cántabro de Salud, con la finalidad de acreditar la presentación de esa documentación en tiempo y forma por parte de los ciudadanos y ciudadanas; así como para que el Servicio Cántabro de Salud pueda ejercer las competencias que tiene atribuidas resolviendo la pretensión ejercitada: solicitud de asistencia segunda opinión. **Derechos:** El interesado tiene los siguientes derechos: acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos, oposición y retirada del consentimiento prestado. Estos derechos los puede ejercitar poniéndose en contacto con el Delegado de Datos: Correo electrónico [dpsanidad@cantabria.es](mailto:dpsanidad@cantabria.es) También tiene derecho a reclamar ante la siguiente autoridad de control. Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) Puede consultar información adicional en <https://www.scsalud.es/proteccion-datos>

He leído y acepto la Política de Protección de Datos

**Documentación adjunta (marque lo que proceda)**

DOCUMENTACIÓN COMÚN	AUTORIZO LA CONSULTA <sup>1</sup>	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. DNI/NIF/CIF del paciente.		
2. Informe emitido por el Servicio en el que el paciente haya sido inicialmente atendido, relativo a la patología para la que se solicita segunda opinión médica.		
3. Si el paciente solicita la segunda opinión médica a través de persona expresamente autorizada al efecto: → DNI/NIF/CIF de la persona autorizada.  → Documento que acredite la autorización expresa.		
4. Si solicita la segunda opinión médica el representante legal del paciente: → DNI/NIF/CIF del representante legal.  → Documento que acredite la representación legal.		
5. Si solicita la segunda opinión médica personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho: → DNI/NIF/CIF del solicitante.  → Documento que acredite la relación familiar o, de hecho.		

<sup>1</sup>De acuerdo con lo establecido en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. En caso de oponerse a que la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria verifique de oficio los documentos, marque la siguiente casilla:  
En este caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente. En aquellos casos en los que haya presentado con anterioridad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la documentación solicitada, indique la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados, estando exento de presentar dicha documentación.

FECHA	DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	ÓRGANO O DEPENDENCIA

**Declaración responsable**

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

Fecha:	Firma:
--------	--------