

SOLICITUD TARJETA AA

Datos del paciente

Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Sexo	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad
NIF/NIE	Número de Tarjeta Sanitaria del SCS	

Datos del solicitante (cumplimentar cuando el solicitante no sea el paciente)

NIF/NIE	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
VINCULACIÓN ENTRE LA PERSONA REPRESENTANTE Y LA PERSONA INTERESADA			
Familiar / Persona Vinculada (Adjuntar documento que acredite la relación familiar)		Representante Legal (Adjuntar documento que acredite la relación familiar)	

Solicita

Considerando que, en virtud de lo establecido en la instrucción 1/2015 de la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria de la Consejería de Sanidad, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en la misma para disponer de la Tarjeta Sanitaria AA (de Accesibilidad y Acompañamiento) en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Cantabria

IMPORTANTE: ¡ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN LA PÁGINA SIGUIENTE!

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 la Tarjeta Sanitaria AA. **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 la Tarjeta Sanitaria AA. **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 dpdsanidad@cantabria.es

También tiene derecho a reclamar ante la siguiente autoridad de control. Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es)
Puede consultar información adicional en <https://www.scsalud.es/proteccion-datos>

He leído y acepto la Política de Protección de Datos

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:
--------	--------

Documentación adjunta (marque lo que proceda)

TIPO DE DOCUMENTO	AUTORIZO LA CONSULTA ¹	SE APORTA CON LA SOLICITUD
DNI/NIF/CIF del paciente		
Informe clínico emitido por el Servicio en el que el paciente esté atendido relativo a la patología susceptible para obtener la Tarjeta Sanitaria AA (si el diagnóstico no figura en Atención Primaria)		
Si solicita la Tarjeta Sanitaria AA el representante legal del paciente: - DNI/NIF/CIF del representante legal - Documento que acredite la representación legal	No Disponible	
Si solicita la Tarjeta Sanitaria AA personas vinculadas al paciente por razones familiares o, de hecho: - DNI/NIF/CIF del representante legal - Documento que acredite la relación familiar o de hecho	No Disponible	

¹De 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

A cumplimentar por la unidad de trabajo social del centro de salud.

D/Dña. _____ Trabajador social del centro de salud

Ha informado a D/Dña. _____ de los requisitos y la instrucción que regula la emisión de la Tarjeta sanitaria AA que favorece una accesibilidad preferente y acompañamiento para las actuaciones sanitarias.

Firma del profesional: _____

A cumplimentar por el Profesional de Medicina de Familia/ Pediatría/ Psiquiatra del Paciente

Dr/Dra. _____ informa:

FAVORABLE

DESFAVORABLE a que _____

D/Dña. _____ por la patología que padece, sea susceptible de disponer de la Tarjeta Sanitaria AA que favorece una accesibilidad preferente y acompañamiento para las actuaciones sanitarias que precise.

Firma del profesional: _____ Sello del Centro _____