



Datos del paciente		
Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Sexo	Fecha de nacimiento	Nacionalidad
NIF/NIE	Número de Tarjeta Sanitaria	

Datos del solicitante <i>(Cumplimentar cuando el solicitante no sea el paciente)</i>			
NIF/NIE	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
VINCULACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Familiar/ persona vinculada <i>(Adjuntar documento que acredite la relación familiar)</i>		<input type="checkbox"/> Representante legal <i>(Adjuntar documento que acredite la representación legal)</i>	

Solicita

Considera que, en virtud de lo establecido en la Instrucción N01/2017 del 1 de Marzo del 2017 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sistema Extremeño de Salud, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en la misma para acceder al Programa para Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo



Sello Registro

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- DNI/NIF/CIF del paciente.
- Informe clínico referido a la patología susceptible de incluirse en el Programa para Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Si lo solicita una persona vinculada al paciente (representante legal o familiar), se deberá acreditar además:

- DNI/NIF/CIF del solicitante.
- Documento que acredite la relación familiar o representación legal del paciente.

A CUMPLIMENTAR POR LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD

D/Dña.....Trabajador/a Social del centro de Salud.....

ha informado a D/Dña de los requisitos y de la Instrucción que regula la inclusión de pacientes en el Programa para Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Firma del profesional

A CUMPLIMENTAR POR EL PROFESIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA / PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD

Dr /Dra.....

Informa:

Favorable Desfavorable a que

D/Dña....., por la patología que padece, sea susceptible de acceder al Programa para Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Firma del profesional

Sello del centro

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.