D.G. Asistencial (Sermas)

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de informes sobre estado de salud y para reconocimiento de la situación de dependencia

1.- Tipo de Solicitud:

◯	Informe sobre el estado de salud	◯	Informe sobre el estado de salud para el reconocimiento de la situación de dependencia (0 a 3 años)
◯	Informe sobre el estado de salud y continuidad de cuidados	◯	Informe sobre el estado de salud para el reconocimiento de la situación de dependencia (3 años en adelante)

2.- Datos del solicitante:

NIF/ NIE		Pasaporte*	
Apellido 1º			
Apellido 2º			
Nombre		Fecha de nacimiento	
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo electrónico			

*cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de DNI/NIE

2.1- Centro de salud donde se solicita el informe:

Código del Centro de Salud[1]		Nombre del Centro de Salud	

[1] El código del Centro de Salud puede consultarlo en http://www.centrossanitarios.sanidadmadrid.org/

2.2- Datos del representante legal (Cumplimentar sólo en caso de menores o personas legalmente incapacitadas)*:

NIF/ NIE		Apellidos			
Nombre/Razón Social		Correo electrónico			
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Padres separados/divorciados	◯ Si ◯ No	El solicitante se encuentra en ejercicio de la patria potestad respecto de la persona sobre la que se solicita el informe	◯ Si ◯ No		

(*) Será necesario que aporte la documentación acreditativa que se indica en el apartado 5

3.- Medio de notificación *:

◯	Deseo recibir notificación por vía telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)										
◯	Deseo recibir notificación por correo certificado										
	Tipo de vía			Nombre vía				Nº/km			
	Piso		Puerta		CP		Localidad				
	Provincia						País				

(*) Solo se utilizarán los datos de notificación para casos en que sea necesaria una subsanación de documentación por parte del interesado

4.- Instrucciones para la recogida del informe de salud*:

◯	Deseo recoger el informe de salud personalmente			
◯	Autorizo a otra persona a recogerlo en mi nombre**:			
	Nombre y apellidos		NIF/NIE/Pasaporte	

(*) El solicitante o la persona autorizada para la recogida del informe de salud deberán identificarse en la Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud.
(* *) Marque esta casilla si desea autorizar expresamente a otra persona para que recoja el informe de salud en su nombre.

5.- Documentación requerida:

Documentos que se acompañan a la solicitud	
DOCUMENTOS DEL SOLICITANTE	
Pasaporte en vigor (sólo en ausencia de DNI/NIE)	☐
La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y aporto documento
DNI o NIE en vigor (anverso y reverso)	☐
Tarjeta sanitaria	☐

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Documentos que se acompañan a la solicitud	
DOCUMENTOS PARA SOLICITUD POR MEDIO DE REPRESENTANTE LEGAL (**)	
Pasaporte en vigor	☐
Documento que acredite la representación legal (libro de familia o sentencia judicial de incapacitación)	☐
Documentación que acredite la situación actual del estado civil de progenitores solicitantes para acreditar el ejercicio de la patria potestad (libro de familia y sentencia de separación y/o de divorcio)	☐
La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y aporto documento
DNI o NIE en vigor (anverso y reverso)	☐

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
(**) La documentación del representante legal deberá acreditar fehacientemente la personalidad de la representación legal del solicitante.

Una vez cumplimentada correctamente esta solicitud y comprobada la veracidad de la documentación aportada, en un plazo aproximado de 7 días podrá recoger su informe de salud en su Centro de Salud de referencia.

En ……………………………….., a……16… de…julio……………..… de……2024

FIRMA

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad D.G. Asistencial (Sermas)

Limpiar campos | Imprimir | Guardar