

MOVILIZACION DE RECURSOS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA SANITARIA

PERSONA USUARIA:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

REPRESENTANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

Según consta en la información sanitaria facilitada en la solicitud del servicio de teleasistencia, cuenta con un seguro privado de asistencia sanitaria.

En este documento se solicita su consentimiento para que, en caso de sufrir una emergencia sanitaria en su domicilio que requiera de atención inmediata, desde el servicio de teleasistencia se puedan poner en contacto con el servicio público de emergencias, 112, en defecto de su seguro privado.

SI, DOY MI CONSENTIMIENTO (1)

NO DOY MI CONSENTIMIENTO (2)

(1) En este caso, soy consciente que TODOS los gastos derivados de esta atención (movilización de recursos (ambulancia), traslado a centro médico, asistencia sanitaria, material usado para tratamiento, pruebas complementarias realizadas, hospitalización, etc., así como cualquier otro gasto derivado de esa atención medica) puedan ser facturados a mi persona.

Los precios de los servicios sanitarios vigentes se pueden consultar en:

<https://www.saludcastillayleon.es/es/transfronteriza/pacientes-asegurados-miembros-union-europea-asistencia-sani/informacion-general/tarifas-vigentes>

(2) En este caso, se pondrán en contacto con mi seguro privado. De manera excepcional y EXCLUSIVAMENTE, ante una situación de urgencia vital se llamará al servicio público de emergencias, 112. Se entiende por urgencia vital aquella de carácter sanitario que, de no prestarse de forma inminente atención, podría ponerse en peligro la vida del paciente, su integridad o producir menoscabo permanente en su salud.

En a de..... de

SR ALCALDE O DIPUTADO DE SERVICIOS SOCIALES DE _____

Se recuerda la necesidad de comunicar cualquier cambio o variación tanto de la autorización a la que se refiere este documento, como de los cambios de empresa aseguradora.

Es **MUY IMPORTANTE** mantener los datos actualizados.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a su expediente, cuya gestión y tratamiento se realizará conforme al Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, de Protección de Datos de Carácter Personal a la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Con la firma de este documento, **AUTORIZO** a que estos datos se incorporen al expediente de teleasistencia de la persona interesada.

Asimismo, se informa que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión. ante el Delegado de Protección de Datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, así como otros derechos recogidos en la información básica y adicional sobre protección de datos personales de este procedimiento.