



SOLICITUD DE TARJETA / ALTA / MODIFICACIÓN DE DATOS EN BDU

Motivo de la solicitud (marcar con una X la opción adecuada)

- A. Cambio de Médico** (sólo residentes) o **Modificación** de datos
 B. Elección/Anulación de Médico por Desplazamiento Interno (sólo residentes)
 C. Alta Temporal (Desplazados externos: de otras Comunidades Autónomas, inmigrantes y extranjeros)
 D. Solicitud de Tarjeta (sólo residentes). **CAUSA:**
 Primera vez No recibida Pérdida o robo Error de datos impresos Deterioro

Adjuntar DNI/Libro de Familia

Supone ALTA en BDU: SI NO (A cumplimentar por el centro)

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos: _____		Nombre: _____	
Nº Tarjeta Sanitaria de Andalucía: _____		NAF Titular: (1) _____	
Género:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: _____
Documento de identificación: (2)	DNI <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
País o Comunidad Autónoma de nacimiento: _____		Número: _____	

Mutualidad:	NO <input type="checkbox"/>	MUFACE <input type="checkbox"/>	MUGEJU <input type="checkbox"/>	ISFAS <input type="checkbox"/>
Comunidad Autónoma en la que tenía médico hasta ahora: _____				
Convenio Internacional <input type="checkbox"/>	Tarjeta Europea <input type="checkbox"/>		Número: _____	

Domicilio habitual (3): _____				
Provincia: _____		País: _____		
Código Postal: _____	Municipio: _____	Localidad: _____		
Teléfonos: _____		Correo electrónico: _____		

Domicilio provisional (4): _____		Código Postal: _____		
Provincia: _____		Municipio: _____		Localidad: _____
Teléfonos: _____		Tiempo previsto de desplazamiento: _____ meses (entre 1 y 12)		

DATOS DEL MÉDICO SOLICITADO

Clave: _____	(A cumplimentar por el centro)
Médico: _____	
Centro: _____	

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos: _____	Nº DNI/NIE: _____
Tipo de representación legal ejercida: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a legal	

PRESTO MI CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma de la persona solicitante o representante legal: _____

- (1): Número de Afiliación a la Seguridad Social del titular
(2): Indicar tipo de documento y el número del mismo. El DNI es obligatorio para españoles mayores de 14 años
(3): Debe ser un domicilio andaluz excepto en los *Desplazados Externos* (C: *Solicitudes de Alta Temporal*)
(4): Debe ser un domicilio de Andalucía. Cumplimentar sólo en las solicitudes por motivos B y C

Cláusula de protección de datos en relación a la Base de Datos de Personas Usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BDU)

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
b) Los datos que nos proporciona son necesarios para la inclusión o actualización de su registro en relación con la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, cuya base jurídica es el cumplimiento de una obligación legal.
c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar información detallada en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos>

EJEMPLAR PARA LA PERSONA SOLICITANTE



SOLICITUD DE TARJETA / ALTA / MODIFICACIÓN DE DATOS EN BDU

Motivo de la solicitud (marcar con una X la opción adecuada)

- A. Cambio de Médico** (sólo residentes) o **Modificación** de datos
- B. Elección/Anulación de Médico por Desplazamiento Interno** (sólo residentes)
- C. Alta Temporal** (Desplazados externos: de otras Comunidades Autónomas, inmigrantes y extranjeros)
- D. Solicitud de Tarjeta** (sólo residentes). **CAUSA:**
- Primera vez No recibida Pérdida o robo Error de datos impresos Deterioro

Adjuntar DNI/Libro de Familia

Supone ALTA en BDU: SI NO (A cumplimentar por el centro)

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos: _____		Nombre: _____	
Nº Tarjeta Sanitaria de Andalucía: _____		NAF Titular: (1) _____	
Género:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: _____
Documento de identificación: (2)	DNI <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
País o Comunidad Autónoma de nacimiento: _____		Número: _____	

Mutualidad:	NO <input type="checkbox"/>	MUFACE <input type="checkbox"/>	MUGEJU <input type="checkbox"/>	ISFAS <input type="checkbox"/>
Comunidad Autónoma en la que tenía médico hasta ahora: _____				
Convenio Internacional <input type="checkbox"/>	Tarjeta Europea <input type="checkbox"/>		Número: _____	

Domicilio habitual (3): _____				
Provincia: _____		País: _____		
Código Postal: _____	Municipio: _____	Localidad: _____		
Teléfonos: _____		Correo electrónico: _____		

Domicilio provisional (4): _____		Código Postal: _____		
Provincia: _____		Municipio: _____		Localidad: _____
Teléfonos: _____		Tiempo previsto de desplazamiento: _____ meses (entre 1 y 12)		

DATOS DEL MÉDICO SOLICITADO

Clave: _____	(A cumplimentar por el centro)
Médico: _____	
Centro: _____	

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos: _____	Nº DNI/NIE: _____
Tipo de representación legal ejercida: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a legal	

PRESTO MI CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma de la persona solicitante o representante legal: _____

- (1): Número de Afiliación a la Seguridad Social del titular
 (2): Indicar tipo de documento y el número del mismo. El DNI es obligatorio para españoles mayores de 14 años
 (3): Debe ser un domicilio andaluz excepto en los *Desplazados Externos* (C: *Solicitudes de Alta Temporal*)
 (4): Debe ser un domicilio de Andalucía. Cumplimentar sólo en las solicitudes por motivos B y C

Cláusula de protección de datos en relación a la Base de Datos de Personas Usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BDU)

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- Los datos que nos proporciona son necesarios para la inclusión o actualización de su registro en relación con la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, cuya base jurídica es el cumplimiento de una obligación legal.
- No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar información detallada en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos>