



# Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

## OTORGAMIENTO DE REPRESENTACIÓN

### 1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: ..... Nº Doc. identidad: .....

### 2. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: ..... Nº Doc. identidad: .....

Vinculación entre representante y paciente:

Cónyuge/pareja  Hijo/a  Padre/madre  Otro (especificar) .....

### 3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Cód. postal: ..... Correo electrónico: .....

Teléfonos de contacto: ..... / .....

Los datos corresponden a:  Paciente  Representante

### 4. LUGAR, FECHA Y FIRMA

Con la firma del presente escrito, REPRESENTANTE Y REPRESENTADO/AACEPTAN LA REPRESENTACIÓN OTORGADA y declaran que los datos que se aportan en este formulario son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos.

Asimismo, PRESTAN SU CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

En ..... a ..... de ..... de .....  
LA PERSONA REPRESENTADA LA PERSONA REPRESENTANTE

Fdo.: ..... Fdo.: .....

### 5. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (\*)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte en vigor del paciente.                                  | <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte en vigor del representante. |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del certificado de defunción (si procede).                                       | <input type="checkbox"/> Fotocopia de la documentación que acredite el parentesco.      |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del documento Judicial de emancipación (en caso de menor emancipado).            |   |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de la Sentencia Judicial de otorgamiento de tutoría (en caso de incapacitación). |   |

**En caso de menores con padres divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación tras el cese de la convivencia:**

- |  |                    |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de la Sentencia Judicial actualizada que resuelve la situación del menor o de eventuales medidas acordadas. |                    |
| <input type="checkbox"/> Declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección del menor.                                      | Otra documentación |

(\*) Si se presenta el documento original junto a la fotocopia, no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

### INSTRUCCIONES GENERALES

Todos los apartados deberán ser rellenados con letras mayúsculas que facilite la lectura de los datos.

### DATOS IMPRESCINDIBLES

La no aportación de alguno de los datos que a continuación se especifican, conllevará la suspensión temporal del expediente, en tanto no sea subsanado (10 días hábiles, sin contar los sábados) por el/la paciente o el/la representante (Artículo 22 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas).

#### 1. DATOS DEL PACIENTE

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir) o, en su defecto NUHSA.

#### 2. DATOS DEL REPRESENTANTE

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, solo un apellido).
- Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir).
- Vinculación con el paciente (aportar la documentación que justifique la vinculación. En caso de fallecimiento del paciente, aportar también el certificado de defunción).

#### 3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

- Domicilio.
- Localidad.
- Provincia.
- Código Postal.
- Correo electrónico.
- Teléfonos de contacto.
- Los datos corresponden a: (en función de que el domicilio sea del paciente o del representante).

#### 4. SOLICITA

- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- Es imprescindible la firma del/la paciente y del/la representante.

#### 5. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- La preceptiva en cada caso, tal como se indica en el formulario.

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales le informamos que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- b) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para facilitar el ejercicio de los derechos de acceso en relación a los datos de la historia de salud única 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

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos>