

ANEXO III. HOJA DE DERIVACIÓN.

DERIVACIÓN A ODONTÓLOGOS/ESTOMATÓLOGOS ADHERIDOS AL CONVENIO PARA LA PRESTACIÓN DE TRATAMIENTOS DENTALES A LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID DE 80 AÑOS Y MÁS

1. A CUMPLIMENTAR POR LA USBD

Nombre y apellidos del paciente:

CIP del paciente:

Fecha de nacimiento:

Nombre y apellidos del Odontólogo/estomatólogo:

Número de CIAS:

Centro de Salud:

Dirección:

CP.:

Teléfono:

Localidad:

Motivo de derivación:

Anamnesis/Exploración:

Tratamiento farmacológico:

Pruebas complementarias:

2. A CUMPLIMENTAR POR ODONTÓLOGO DEL CONVENIO

A cumplimentar por Odontólogo/estomatólogo de la USBD		Nombre y apellidos del odontólogo/estomatólogo: Número de colegiado: Clínica dental y dirección postal: Teléfono:
Tratamientos	Diente/s a tratar	Diente/s a tratado/s
Prótesis completa arcada superior		
Prótesis completa arcada inferior		
Obturación simple		
Obturación completa		
Gran Reconstrucción		

Fecha de la derivación:
tratamiento:

Fecha finalización del

**Firma Odontólogo USBD.
Convenio.**

Firma odontólogo del

Observaciones:

Observaciones:

CLÁUSULA INFORMATIVA – PRESTACIÓN ASISTENCIA SANITARIA

Le informamos de que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es Gerencia Asistencial de Atención Primaria, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 Madrid. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Calle San Martín de Porres, nº 6, 28035 Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO DE DERIVACIÓN CADUCA A LOS 30 DÍAS DE SU EMISIÓN, EXCEPTO QUE SE EMITA A PARTIR DEL 2 DE NOVIEMBRE DE 2024, EN CUYO CASO CADUCARÁ EL 1 DE DICIEMBRE DE 2024.