

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:	CP.:	Teléfono:
Dirección:		Localidad:

Motivo de derivación:

Anamnesis/Exploración:

Tratamiento farmacológico:

Pruebas complementarias:

2. A CUMPLIMENTAR POR ODONTÓLOGO DEL CONVENIO

A cumplimentar por Odontólogo/estomatólogo de la USB		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
Rehabilitación mediante prótesis completa mucosoportada arcada superior e inferior		
Rehabilitación mediante prótesis completa mucosoportada arcada superior		
Rehabilitación mediante prótesis completa mucosoportada arcada inferior		
Obturación simple		
Obturación compleja/Gran reconstrucción		
Tarrectomía		

Fecha de la derivación:

Fecha finalización del tratamiento:

Firma Odontólogo USBD.

Firma odontólogo del Convenio.

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 Pº Castellana 280, 28046 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: ES NECESARIO QUE SOLICITE CITA CON EL ODONTÓLOGO ANTES DE 30 DÍAS DESDE LA EMISIÓN DE ESTE INFORME