



Servicio Madrileño de Salud

**Servicios de Salud Mental
de Distrito**

**SOLICITUD DE CAMBIO DE ESPECIALISTA EN LOS SERVICIOS DE SALUD
MENTAL DE DISTRITO**

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE O TUTOR:

PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS.....
.....

TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS.....
.....

Nº HISTORIA CLÍNICA.....
ESPECIALISTA QUE LE TRATA.....

.....
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....

Domicilio.....
Teléfono..... correo electrónico.....
.....

MOTIVO DE LA SOLICITUD

.....
.....
.....
.....
.....

ESPECIALISTA SOLICITADO*:.....

(* Especificar si se desea algún especialista en particular)

CENTRO DE SALUD MENTAL SOLICITADO:**.....

(** Especificar si se desea otro Centro de Salud Mental en concreto)

RESOLUCIÓN:

.....
.....
.....

FECHA Y FIRMA DEL JEFE DEL
SERVICIO DE SALUD MENTAL DE
DISTRITO

FIRMA DEL SOLICITANTE

En Madrid a..... de..... de 201..

OBSERVACIONES:

- Salvo excepciones justificadas se mantendrá la asignación de Especialista hasta la conclusión del periodo de evaluación clínica.
- El cambio de especialista y de Centro de Salud Mental implica cambio del equipo terapéutico multidisciplinar y de los recursos sanitarios y de la red de atención social asociados a dicho Centro. Esto puede ser el motivo de denegación del cambio de Centro de Salud Mental en determinados casos, justificados desde el punto de vista clínico.
- **PLAZO DE RESOLUCIÓN:** 15 días hábiles a partir del día de la fecha de solicitud.
- En caso de disconformidad con la resolución del Jefe del Servicio de Salud Mental de Distrito, el paciente podrá formular la oportuna reclamación en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital.
- Una vez aceptada la solicitud de cambio de especialista, se le facilitará un informe de alta al paciente para su presentación al nuevo especialista.

En cumplimiento con la normativa vigente en materia de protección de datos personales le informamos de que la información contenida en este documento forma parte de la Historia Clínica del paciente y tiene la consideración de información sensible, protegida por la citada legislación y que usted consiente su incorporación al correspondiente fichero registrado ante la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Usted autoriza, a que sus datos personales, incluyendo su historia clínica, sean accesibles por el facultativo/s o profesional/es que le atenderán en así como en los procesos que se deriven. Asimismo, le informamos que todos los profesionales de los centros sanitarios tienen la obligación de mantener el secreto de la información clínica de cada paciente por lo que se mantendrá su privacidad y únicamente será accesible a personal autorizado dentro del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.

Para ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición se le informa que el Órgano de la Administración responsable del fichero es su hospital de referencia.

Doy mi consentimiento para que mis datos de identidad personal así como los de mi domicilio y residencia puedan ser comprobados mediante el Sistema de Verificación de Datos establecido por la Administración.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia, o si tiene usted alguna sugerencia que permita mejorar este impreso puede dirigirse al teléfono de información al ciudadano 012.