

SOLICITUD DE CONSULTA AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL CÓRDOBA

1	DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE <i>(Sólo rellenar en caso de no ser el paciente el que solicita. Si el solicitante actúa en representación de una persona incapaz, la solicitud la firmará su representante legal o la persona vinculada por razones familiares o de hecho. En el caso de menores de edad se seguirá lo dispuesto en el punto c) del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de diciembre, de Autonomía del Paciente)</i>		
APELLIDOS Y NOMBRE		DNI /NIE/PASAPORTE	
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS DE CONTACTO		PARENTESCO CON EL PACIENTE	

2	DATOS PERSONALES DEL PACIENTE		
APELLIDOS Y NOMBRE		DNI /NIE/PASAPORTE	
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS DE CONTACTO		NHUSA	
NOMBRE DEL CENTRO	SERVICIO/UNIDAD	HABITACIÓN/CAMA <i>(Sólo en caso de estar ingresado)</i>	
PROFESIONAL/ES RESPONSABLE DE SU ATENCIÓN			

3	SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO bajo mi responsabilidad que reúno todos los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la información que solicito, como manifiesto en la presente solicitud y en la documentación aportada.</p> <p>SOLICITO que el Comité de Ética Asistencial Córdoba admita y tramite la siguiente solicitud y que proporcione un informe asesor acerca de la consulta realizada.</p> <p>En..... a..... de..... de.....</p> <p style="text-align: center;">EL SOLICITANTE O PACIENTE</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>	

SR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA CÓRDOBA

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de trámites administrativos. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Reina Sofía.</p>



MOTIVO DE LA SOLICITUD AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL CÓRDOBA

Rellene los siguientes campos:

- **Motivo de la consulta y exposición de los hechos** (*dispone de las páginas 2, 3, 4 y 5*).
- **Problema ético fundamental o preguntas al Comité** (*dispone de la página 6*).
- **Informes o documentos que se adjuntan** (*dispone de la página 7*).

Se podrán adjuntar folios a la solicitud si se requiere más espacio.

1. Motivo de la consulta y exposición de los hechos. (Exponga el motivo de consulta de la forma más descriptiva y clara posible e indique la fecha de los hechos):



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

ANEXO II

Comité de Ética Asistencial de Córdoba

2. Problema ético fundamental o preguntas al Comité:



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

ANEXO II

Comité de Ética Asistencial de Córdoba

3. Informes o documentos que se adjuntan (*el solicitante deberá presentar toda la documentación que obre su poder para que el Comité pueda realizar su informe. Numere cada uno de los documentos que adjunta a esta solicitud y los relaciona con su número en este apartado*):