



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:

- 1. Motivo de la consulta y exposición de los hechos** (*dispone de las páginas 2, 3, 4 y 5*).
- 2. Problema ético fundamental o preguntas al Comité** (*dispone de la página 6*).
- 3. 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*):



CONSEJERÍA DE SALUD

Comité de Ética Asistencial de Córdoba



CONSEJERÍA DE SALUD

Comité de Ética Asistencial de Córdoba



CONSEJERÍA DE SALUD

Comité de Ética Asistencial de Córdoba



2. Problema ético fundamental o preguntas al Comité:



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*):