

## **ANEXO XXI**

### **(DOCUMENTO N° 4)**

**Título:** **“Aceptación / Rechazo de derivación a centro concertado o autoconcertado”**  
**(Formato normal y formato Burofax)**

**Función:** Constatar la aceptación o rechazo de un paciente inscrito en AGD de una oferta de intervención en un centro autoconcertado o concertado.

Existen dos modelos en función del procedimiento de comunicación y entrega al paciente:

- Formato normal para su entrega en mano al paciente o representante legal y posterior entrega en el hospital o remisión por correo ordinario.
- Formato adaptado al del Servicio de Correos, para su remisión por Burofax y posterior remisión al hospital por Fax.

#### **Contenidos:**

- Información común: datos relativos a la inscripción en RDQ (bloque 1) y al paciente o representante legal (bloque 2). También incluye en el pie de página los datos identificativos del hospital emisor del documento, que serán emitidos automáticamente por la aplicación, y que son necesarios en el caso de que el paciente lo devuelva por Fax (entregado en la Oficina de Correos)
- Información específica: datos de la OFERTA DE DERIVACIÓN (centro ofertado, código del centro, dirección del centro, localidad del centro, provincia del centro), TEXTO ESPECÍFICO DE ACEPTACIÓN (ver) (con identificación del paciente o representante legal, fecha y firma) y TEXTO ESPECÍFICO DEL RECHAZO (ver) (con información sobre la pérdida de garantía si la hubiere, identificación del paciente o representante legal, fecha y firma).

#### **Características:**

- En caso de utilizar Burofax, triplicado mecanizado: copias para el paciente, Gestoría de Usuarios y Servicio de Correos). Duplicado en el resto de los casos.
- Localización: en Gestoría de Usuarios (punto de inscripción).
- Formalización: mecanizada parcialmente.
- Posibilidad de emisión en blanco por la aplicación: Sí
- Campos obligatorios: todos (aceptación o rechazo).

**Circuito:**

- Se cumplimenta al completo en Gestoría de Usuarios desde la aplicación a partir de la información ya mecanizada (paciente ya inscrito).
- Una vez realizada la oferta (en mano o mediante Burofax) el paciente dispondrá de un plazo máximo de 15 días naturales (desde la firma del recibí o desde el acuse de recibo) para su firma y devolución al centro emisor. En caso contrario se entenderá a todos los efectos como un rechazo de la oferta, con la consiguiente pérdida de la garantía si la tuviera, en aplicación del Decreto.
- Una copia cumplimentada se archiva en la Gestoría de Usuarios (una vez sellada por el Servicio de Correos, en el caso del Burofax),
- Otra copia se entrega al paciente (en mano, mediante correo certificado con acuse de recibo o mediante Burofax)
- La tercera copia queda en poder del Servicio de Correos (solo en el caso del Burofax).

DOCUMENTO Nº 4A: ACEPTACIÓN / RECHAZO DE DERIVACIÓN A CENTRO CONCERTADO /AUTOCONCERTADO (FORMATO NORMAL)

| DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL |                                                                     |               |                  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|
| 1º APELLIDO                                              | 2º APELLIDO                                                         | NOMBRE        | FECHA NACIMIENTO |
| DNI / NIF                                                | SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | DOMICILIO     |                  |
| LOCALIDAD                                                | PROVINCIA                                                           | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO         |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL/ DE LA REPRESENTANTE LEGAL        |                                                                     |               | DNI / NIF        |
| EN CALIDAD DE                                            |                                                                     | DOMICILIO     |                  |
| LOCALIDAD                                                | PROVINCIA                                                           | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO         |

| DATOS RELATIVOS A LA INSCRIPCIÓN |                  |                                |                |
|----------------------------------|------------------|--------------------------------|----------------|
| Nº SEGURIDAD SOCIAL/ NUSS / TASS | Nº INSCRIPCIÓN   | FECHA DE INSCRIPCIÓN           |                |
| CENTRO DE INSCRIPCIÓN            | CÓDIGO DE CENTRO | AREA HOSPITALARIA              | CÓDIGO DE ÁREA |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO CIE 9-MC:     |                  | CÓDIGO PROCEDIMIENTO CIE 9-MC: |                |

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, con el fin de garantizar el tiempo máximo de plazo de respuesta quirúrgica previsto en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, le **OFERTA** la posibilidad de llevar a cabo la intervención quirúrgica citada en:

|                        |        |                    |    |
|------------------------|--------|--------------------|----|
| OFERTADO AUTOCONCIERTO |        | OFERTADO CONCIERTO |    |
| CENTRO                 | CÓDIGO | LOCALIDAD          |    |
| DIRECCIÓN              |        | PROVINCIA          | CP |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>(MARQUE UNA DE LAS DOS OPCIONES)</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                    | <b>ACEPTA LA OFERTA</b> el paciente o representante legal, con la firma del presente documento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                    | <b>RECHAZA LA OFERTA</b> el paciente o representante legal, habiendo sido informado de que el rechazo conlleva la pérdida de garantía de respuesta si la hubiera según lo dispuesto en el art. 5 del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, aunque no su antigüedad en el Registro, firmando el presente documento. |
| En _____ a _____ de _____ de _____<br>EL INTERESADO/A O REPRESENTANTE LEGAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Fdo: _____                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

SI ACEPTA LA OFERTA, DEBE REMITIR ESTE DOCUMENTO FIRMADO AL HOSPITAL INDICADO MAS ABAJO, DENTRO DEL PLAZO DE 15 DÍAS NATURALES DESDE EL DÍA SIGUIENTE AL ACUSE DE RECIBO. EN CASO CONTRARIO, EN APLICACIÓN DEL DECRETO 209/2001, DE 18 DE SEPTIEMBRE, SE ENTENDERÁ QUE RECHAZA LA OFERTA, CON LA CONSIGUIENTE PÉRDIDA DE LA GARANTÍA SI LA TUVIERA.  
PARA MAS INFORMACION PUEDE CONTACTAR CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL

**REMITIR AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL:**

|           |           |               |          |
|-----------|-----------|---------------|----------|
| HOSPITAL  | CÓDIGO    |               |          |
| DIRECCIÓN |           |               |          |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO |

**RECIBÍ: Fecha**

**Firma**

DOCUMENTO Nº 4B: ACEPTACIÓN / RECHAZO DE DERIVACIÓN A CENTRO CONCERTADO /AUTOCONCERTADO (FORMATO BUROFAX)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                        |  |                        |  |                          |  |                          |           |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|-----------|-------------|
| <b>FAX</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40px; margin: 5px;"></div> </div>                                                                                                                             |  | Fax.-                  |  | Nº de origen           |  | 1. Oficina               |  |                          |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 2. Oficina transmisora |  |                        |  | 3. Serial de transmisión |  |                          |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                        |  |                        |  | Origen                   |  | Escala                   |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 4. Páginas tasables    |  | 5. FECHA Y HORA DE     |  | Depósito                 |  | Transmisión              | Recepción |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 6.                     |  |                        |  |                          |  |                          |           |             |
| 11. EXPEDIDOR (PACIENTE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                        |  |                        |  |                          |  |                          |           |             |
| 12. DESTINATARIO FAX: (HOSPITAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                        |  | 13. Nº FAX:            |  | 15. Nº CTO. CORREOS:     |  |                          |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                        |  |                        |  | 14. Nº CTE. CORREOS:     |  |                          |           |             |
| <br><b>Correos y Telégrafos</b><br><br><b>BUROFAX</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40px; margin: 5px;"></div> </div> |  |                        |  | Fax.-                  |  | Nº de origen             |  | 1. Oficina               |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                        |  | 2. Oficina transmisora |  |                          |  | 3. Serial de transmisión |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                        |  |                        |  |                          |  | Origen                   |           | Escala      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                        |  | 4. Páginas tasables    |  | 5. FECHA Y HORA DE       |  | Depósito                 |           | Transmisión |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 6                      |  |                        |  |                          |  |                          |           |             |
| 7 Modo de entrega y menciones de servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                        |  |                        |  |                          |  |                          |           |             |
| <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;">A.R.</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 2px 20px; font-weight: bold;">NO DEPOSITAR EN LISTA</div> </div>                                                                                                      |  |                        |  |                        |  |                          |  |                          |           |             |
| 8. Destinatario y dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        |  |                        |  |                          |  |                          |           |             |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>10. Indicaciones de servicio</div> <div>9. Expedidor, dirección y teléfono</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                |  |                        |  |                        |  |                          |  |                          |           |             |
| Nº CTE. CORREOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                        |  | Nº CTO. CORREOS:       |  |                          |  |                          |           |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|------------|
| <b>DATOS RELATIVOS A LA INSCRIPCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                |            |
| NÚMERO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | FECHA DE INSCRIPCIÓN:          |            |
| CENTRO DE INSCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | NUSS / TASS:                   |            |
| ÁREA DE INSCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | CÓDIGO:                        |            |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO CIE-9-MC:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CÓDIGO PROCEDIMIENTO CIE-9-MC: |            |
| <p>El Sistema Sanitario Público de Andalucía, con el fin de garantizar el tiempo máximo de plazo de respuesta quirúrgica previsto en el Decreto 209 / 2001le <b>OFERTA</b> la posibilidad de llevar a cabo la intervención quirúrgica indicada en:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> OFERTADO AUTOCONCIERTO         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> OFERTADO CONCIERTO         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                |            |
| Centro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Código                         | Localidad: |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Provincia:                     | CP:        |
| <p><b>(MARQUE UNA DE LAS DOS OPCIONES)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>ACEPTA LA OFERTA</b> el paciente o representante legal, con la firma del presente documento.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>RECHAZA LA OFERTA</b> el paciente o representante legal, habiendo sido informado de que el rechazo conlleva la pérdida de garantía de plazo de respuesta quirúrgica si la hubiera, según lo dispuesto en el art. 5 del Decreto 209 / 2001 de 18 de Septiembre por el que se regula el ejercicio del derecho a la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el S.S.P.A., aunque no su antigüedad en el registro, firmando el presente documento.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">EL INTERESADO/A O REPRESENTANTE LEGAL</p> |  |                                |            |
| <p>SI ACEPTA LA OFERTA, DEBE ENTREGAR ESTE DOCUMENTO FIRMADO ANTES DE 15 DÍAS NATURALES DESDE SU RECEPCIÓN, EN EL HOSPITAL INDICADO EN EL PUNTO 9, O BIEN EN CUALQUIER OFICINA DE CORREOS DE ANDALUCÍA, CEUTA Y MELILLA (SIN INTRODUCIRLO EN UN SOBRE) QUE LO TRAMITARÁ GRATUITAMENTE. EN CASO CONTRARIO, EN APLICACIÓN DEL DECRETO 209/2001, SE ENTENDERÁ QUE RECHAZA LA OFERTA, CON LA CONSIGUIENTE PÉRDIDA DE LA GARANTÍA SI LA TUVIERA.</p> <p style="text-align: center;">PARA MÁS INFORMACIÓN PUEDE CONTACTAR CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL.</p>                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                |            |