Imprimir | Restablecer | Salir

ANEXO 5

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POL¦TICAS SOCIALES

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN PARA LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS CON OPIÁCEOS A FACULTATIVOS NO INTEGRADOS EN CENTROS O SERVICIOS ACREDITADOS

Decreto ..... / ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha .....)

1 DATOS DEL/DE LA FACULTATIVO/A

APELLIDOS Y NOMBRE		DNI
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
Adjuntar CURRÍCULUM		

2 MEDIOS TÉCNICOS Y MODALIDADES DE DIAGNÓSTICO

2.1.- Indicar medios técnicos de los laboratorios propios o de referencia para el diagnóstico analítico y control terapéutico de los pacientes

Analíticas generales .....

.....

Analíticas toxicológicas .....

.....

2.2.- Indicar las modalidades previstas de diagnóstico y tratamiento de la patología asociada que pueda presentar el toxicómano

.....

.....

.....

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)

- ☐ Autorización sanitaria.
- ☐ Título de Licenciado en Medicina y Cirugía General y número de colegiado.
- ☐ Memoria descriptiva del programa terapéutico que se pretende llevar a cabo.
- ☐ Acreditación de experiencia en el tratamiento de drogodependientes.
- ☐ Documentación acreditativa de la conexión y coordinación con un Centro o Servicio acreditado para dispensar este tipo de tratamiento con el compromiso expreso por el/la titular o representante legal de dicho Centro o Servicio de atender a sus pacientes.
- ☐ Modelo de "consentimiento" o, en su caso, criterios que fijan el compromiso que adquiere el/la facultativo/a y el individuo que desee ser tratado.

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE

- ☐ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.
- ☐ **NO CONSIENTE** y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

0009700/2/A05

5 SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

SE SOLICITA la autorización para la prescripción de tratamientos con opiáceos.

En ..... a ..... de ..... de .....

EL/LA FACULTATIVO/A

Fdo.: .....

EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A DE IGUALDAD, SALUD Y POL¦TICAS SOCIALES.

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Igualdad, Salud y Pol²ticas Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero parcialmente automatizado SISTEMA DE INFORMACIÑN DEL PLAN ANDALUZ PARA LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión del Plan Andaluz para las Drogodependencias y Adicciones.
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 General de Servicios Sociales y Atenci·n a las Drogodependencias de la Consejer²a de Igualdad, Salud y Pol²ticas Sociales. Avd. de Hytasa, nÛ 14. 41071. Sevilla.