

# DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

## Notificación das citas

O centro hospitalario comunica o paciente o lugar, data e hora da consulta.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  <b>Hospital Universitario de Fuenlabrada</b><br>SaludMadrid  Comunidad de Madrid<br>C/ del Molino, 2 - Tel. 910000000<br>28942 Fuenlabrada - Madrid | <b>NOTIFICACIÓN DE CITAS</b> |
| CENTRO: HOSPITAL DEL NORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |

ARTIGAS ARTIGAS, MARÍA  
Plaza Mayor 24, 6º A  
28941 Fuenlabrada  
Madrid

### NOTIFICACIÓN DE CITAS

En cumplimiento de la LOPD 15/99 se informa que sus datos identificativos y de salud serán objeto de tratamiento e incorporados a los ficheros de datos sanitarios cuya titularidad corresponde al Ente Público Hospital de Fuenlabrada. Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial, estando prevista su comunicación a organismos públicos con competencia en materia sanitaria. El órgano ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición de datos es la Dirección Gerencia del Hospital de Fuenlabrada.

SR/A ARTIGAS ARTIGAS, MARÍA, (NHC 1000000)

El objeto de esta carta es comunicarle que está usted citado para:

| CENTRO             | FECHA               | ESPECIALIDAD | PLANTA      | SALA             |
|--------------------|---------------------|--------------|-------------|------------------|
| HOSPITAL DEL NORTE | 23/10/20XX<br>14:00 | Neurología   | Planta Baja | Sala de espera 4 |

Si a su llegada al centro sanitario necesita ayuda se puede dirigir a recepción, situada en el hall principal. En nuestro compromiso de ofrecer un mejor servicio le pedimos tenga en cuenta las siguientes indicaciones en relación con esta cita:

- Le rogamos revise dónde está citado cuando acuda a la cita, bien en las consultas del Hospital o en las consultas del Centro de Especialidades (CEP El Arroyo), para evitarle desplazamientos innecesarios.
- Es importante que aporte en la consulta los informes clínicos que posea.
- De cada visita recibirá información escrita que resume la consulta con el profesional que le ha atendido.
- Dado que no es previsible el tiempo que requiere el paciente en ocasiones la consulta puede prolongarse.
- En caso de que no pueda acudir a la cita señalado tenga alguna duda en relación con esta cita le rogamos se ponga en contacto con el área de Gestión de Pacientes.
  - o Preferentemente por correo electrónico: [citaciones.hfr@salud.madrid.org](mailto:citaciones.hfr@salud.madrid.org)

## Justificante de asistencia

Este tipo de documento pódese solicitar para o centro de traballo ou estudos. Neste documento non aparece o problema de saúde polo que se acudiu o hospital.

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Servicio Madrileño de Salud</b><br>Dirección General de Atención Primaria<br> Comunidad de Madrid |
| <b>JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA SANITARIA</b>                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>C.S. BEIGNORTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| D/D* FRANCISCO JAVIER BERMÚDEZ BERMÚDEZ, con DNI: 089988555, y/o<br>Número de la S. Social 2828282828, ha acudido a este centro sanitario el día<br>23/10/20XX a las 13:15 horas en calidad de paciente                                                                     |
| 23/10/20XX, 14:00                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                        |
| El presente documento se extiende a petición del:                                                                                                                                                                                                                           |
| * <input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE<br>* <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE D/D*                                                                                                                                                                               |
| * Este documento justifica la cita y la asistencia en el centro sanitario, en ningún caso garantiza la permanencia en el mismo                                                                                                                                              |

# DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

## Parte de incapacidad temporal (IT)

O médico do SNS certifica que un traballador non pode acudir a traballar durante un tempo como consecuencia dun problema de saúde.

MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA muface

PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa) 17 01 2022

PARTE INICIAL ☐ PARTE CONFIRMACIÓN Nº 01 Marcar si RECAIDA ☐

☐ PARTE ALTA - Fecha (dd/mm/aaaa) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Causa del alta: ☐ Curación/Mejoría que permite el trabajo habitual ☐ Fallecimiento  
☐ Pase a jubilación por edad o por IP para el servicio ☐ Agotamiento del plazo máximo  
☐ Posible nueva situación de IT ☐ Comienzo del permiso por maternidad

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primer apellidos: Segundo apellidos: Nombre:

Número de afiliación: 3 6 8 4 0 6 3 6 8 Nº de DNI: 0 4 4 3 7 8 8 6 7

Teléfono: 6 1 8 2 5 6 1 4 4 Correo @: Entidad Muface:

1.2 FACULTATIVO

Nº de colegado: 5 6 3 5

Apellidos y nombre: Especialidad: Medicina de Familia

2. DATOS MÉDICOS

2.1 CIE 10 ES diagnóstico: M 5 4 4 0 2 2 2.2 Duración probable (días):

2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional:

2.5 Indicar, si procede:

☐ Intervención quirúrgica ☐ Hospitalización  
☐ Tratamiento químico-radioterapia ☐ Otro procedimiento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte a 30 días (máximo 30)

2.7 Sin variaciones ☐

3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de confirmación del 10º o el 16º mes

Voluntad de la situación (marcar una opción):

3.1 ☐ Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación.  
3.2 ☐ Posible incapacidad permanente.  
3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.

Justificación de la opción elegida:

Vilagarcía a 31 de de 2022

Firma del facultativo del parte:

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se facilitan serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sociales en el Régimen del Mutuo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE. Más información: <http://www.muface.es/protecciondatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutua: DPDMuface@muface.es

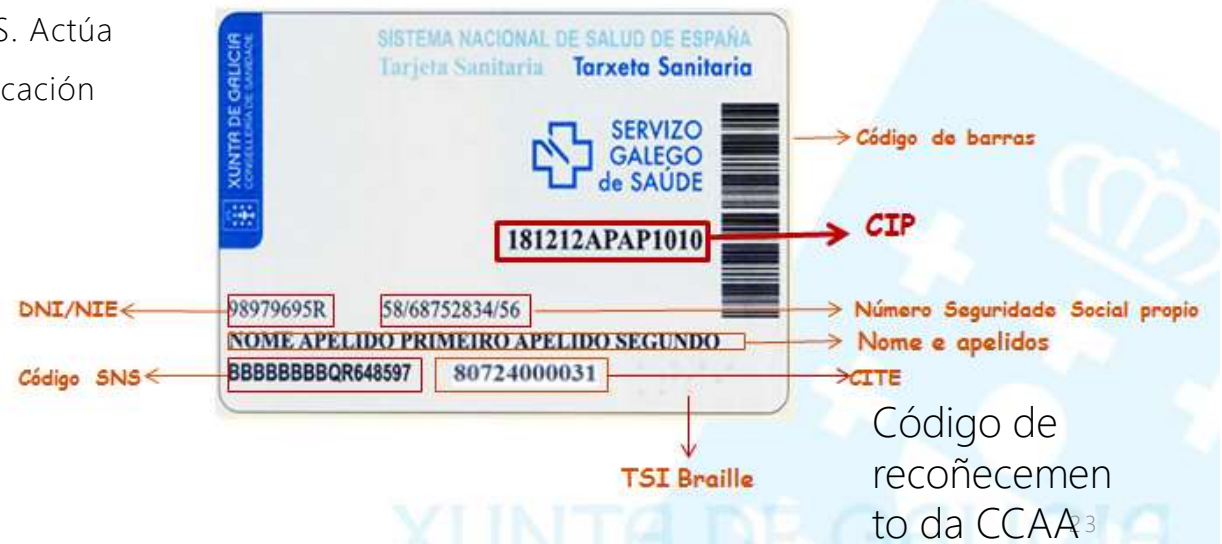
# DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

## Tarjeta Sanitaria

Facilita o acceso de forma ordenada aos servizos sanitarios.

As entidades de seguros privados dispoñen das súas propias tarxetas sanitarias.

A tarxeta sanitaria individual é válida para todo o territorio nacional, pero emíteo cada CCAA. O CIP ou código de identificación persoal asígnase a cada cidadán ao incluílo na base de datos do SNS. Actúa como clave de vinculación dos diferentes códigos de identificación persoal autonómicos.



# DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

## A Receta Médica

As regulan o RD 1718/2010. É un docuemnto de carácter sanitario, normalizado e obrigatorio, mediante o cal os médicos, odontólogos e podólogos poden prescribir medicamentos ou produtos sanitarios suxeitos a prescripción médica para a súa dispensacións polo farmacéutico.

| ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE                                                                                                                                                                                           | CONTINGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SISTEMA NACIONAL DE SALUD                                                                                                                                                                            |                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RECETA MÉDICA - RÉGIMEN DE USO</b><br><b>PRESCRIPCIÓN</b> (Consiguar el medicamento –forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)<br>Núm. envases/unidades<br><input type="checkbox"/> | Duración del tratamiento<br>Posología<br>unidades      pauta<br>Nº orden dispensación <input type="checkbox"/><br>Fecha prevista dispensación<br>____/____/____                                                                                                                                                                               | <b>Paciente</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)                                                                                                                   |                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                 | CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO<br>CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Información al farmacéutico y visado, en su caso</b>                                                                                                                                              | <b>Prescriptor</b> (datos de identificación y firma)<br><br>Fecha de la prescripción ____/____/____ |
|                                                                                                                                                                                                                                 | CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO<br>CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Motivo de la sustitución</b><br><input type="checkbox"/> Urgencia<br><input type="checkbox"/> Desabastecimiento<br><input type="checkbox"/> Precio de referencia<br><b>Firma del farmacéutico</b> | <b>Farmacia</b> (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)                           |
|                                                                                                                                                                                                                                 | La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                 | CÓDIGO DE RECETA<br>En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "...* para la gestión y control de la prestación farmacéutica, cuyo órgano responsable es "...* Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante "...* o en el teléf... |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                     |

## ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE

Fecha última modificación: 15/04/2020

### Plan de medicación

ANTONIA LÓPEZ AGUADO  
LOAG1420414008

Información para la farmacia



0000 0000 0536 0536 0536

### Tratamientos de larga duración

| Medicamento o producto sanitario<br>Nº. Prescripción<br>Principio activo                          | Dosis<br>Frecuencia<br>Vía de administración | Duración del tratamiento | Prescriptor/a<br>Centro                                                 | Vigencia                     | Comentarios        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| OMEPRAZOL ALMUS 20MG 28 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG<br>P1E368469782<br>omeprazole       | 1 cápsula<br>cada 24 horas<br>ORAL           | SEGÚN EVOLUCIÓN          | M.MAYORAL (Col: 108108108) MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EAP PPPP     | del 22/07/2019 al 21/07/2020 | <br>Dispensación 1 |
| HIDROFEROL 0,266MG 10 CAPSULAS BLANDAS (BLISTER PVC/PVDC-ALUMINIO)<br>P1E368048231<br>citalofedol | 1 cápsula<br>cada 1 mes<br>ORAL              | SEGÚN EVOLUCIÓN          | F.LÓPEZ LÓPEZ (Col: 108001001) MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EAP PPPP | del 02/03/2020 al 02/03/2021 |                    |

# DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

## Queixas, suxestions e reclamacions

Estes documentos diríxense directamente ao servizo de Atención á o paciente, e deben ir por escrito. No anverso, existen as instrucións para enchelo adecuadamente.

## Enfermedades de declaración obrigatoria

Os encargados da vixilancia epidemiolóxica, encargase de proporcionar información para o control de enfermidades transmisibles. Decláranse na área de saúde de cada CCAA. Son os médicos os encargados de notificalo.

Entre elas (Dengue, brucelosis, botulismo, difteria, peste, rabia, rubeola, sarampión...)

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/enfermedades-declaracion-obligatoria-edo>

## Certificado de defunción

Acredita o falecemento dunha persoa para a súa inscrición no Rexistro Civil. En caso de *exitus*, o médico competente deberá expedir este certificado de forma gratuita. Normalmente é a funeraria a encargada desta xestión.

# DOCUMENTOS INTERCENTROS

## Documentos de derivación ou solicitude para consulta especializada

A xenera un médico dun centro sanitario para solicitar a asistencia dun médico especialista doutro centro sanitario. O máis común é a derivación dun centro de AP a un AE. Tamén pode ser dun hospital a outro, neste caso o segundo hospital debe aceptar ese paciente e se debe solicitar transporte sanitario.

## Transporte sanitario

Cuberto polo médico de atención o paciente no momento de necesidade de traslado: Pode ser

-**Transporte interhospitalario:** Dun centro hospitalario a outro, pode ser a un centro de referencia ou a outro concertado.

- **Transporte intrahospitalario:** Dentro do propio recinto hospitalario, en caso de complexos hospitalarios.

### Situaciones de urxencia vital

- Por empeoramiento dun paciente. Poden usarse ambulancias, embarcaciones, aviones ou helicópteros.

### Situaciones non urxentes

- O prescribe o facultativo, porque considera que o paciente non pode desplazarse polos seus medios (diálisis, radioterapia ou para realizar probas diagnósticas. Tamén para o traslado o seu domicilio tras a alta hospitalaria).