

Sol·licitud E- CONSENTIMENT

Dades del/la pacient

Nom i cognoms

DNI

Edat

Adreça

Codi Postal

Població

Telèfon

Dades de la persona que actua com a representant legal

Nom i cognoms

DNI

Configuració de seguretat d'accés a les dades

Assignació de visites i canvi de centre per Internet

No vol la prestació

La vol amb contrasenya

La vol sense contrasenya

Comunicacions per correu electrònic

No vol rebre correus electrònics

Comunicacions de tipus administratiu. Adreça electrònica:

Comunicacions de dades clíniques i administratives

Comunicacions per SMS

No vol rebre SMS

Comunicacions de tipus administratiu.

Telèfon:

Comunicacions de dades clíniques i administratives

Restriccions a les gestions per telèfon

No poder anul·lar visites

No donar informació sobre les visites per telèfon

Signatures

Signatura del/la pacient

Signatura del/de la representant legal

Lloc i data

Lloc i data