

# Formulario de autorización



volg je zorg

Poner a disposición sus datos médicos a través del LSP

☐ **SÍ**

**Concedo** autorización al siguiente prestador de cuidados para poner a disposición mis datos a través del LSP. He leído toda la información del folleto 'Poner a disposición sus datos médicos a través del Punto de Conmutación Nacional (LSP, por sus siglas en neerlandés)'. **Sí:** He leído toda la información en el folleto "¡Sí! Quiero compartir mi historial médico; ¡Dé permiso para compartir sus registros médicos!" y lo he entendido bien.

☐ **NO**

**No concedo** autorización al siguiente prestador de cuidados para poner a disposición mis datos a través del LSP. He leído toda la información del folleto 'Poner a disposición sus datos médicos a través del Punto de Conmutación Nacional (LSP, por sus siglas en neerlandés)'. **Sí:** He leído toda la información en el folleto "¡Sí! Quiero compartir mi historial médico; ¡Dé permiso para compartir sus registros médicos!" y lo he entendido bien.

## Datos del médico de cabecera o la farmacia

¿Para qué prestador de cuidados concede usted autorización?

☐ mi médico de cabecera

☐ mi farmacia

Nombre:

Dirección:

Código postal y ciudad:

## Mis datos No olvide firmar.

Apellido:

Iniciales:

Dirección:

Código postal y ciudad:

Fecha de nacimiento:

Firma:

Fecha:

## ¿Quiere conceder autorización para sus hijos?

- Para niños menores de 12 años: usted concede autorización como padre o tutor. Para ello puede usar este formulario.
- Para niños de 12 a 16 años que quieren conceder autorización: tanto usted, como padre o tutor, como su hijo firman.
- Los niños a partir de 16 años conceden ellos mismos autorización y rellenan su propio formulario.

## Datos de mis hijos

Rellene a continuación los datos de los hijos para los que quiere conceder autorización. **No olvide firmar también usted.**

Apellido:

Iniciales:

Fecha de nacimiento:

Firma del menor:

☐ **SÍ**

☐ **NO**

Apellido:

Iniciales:

Fecha de nacimiento:

Firma del menor:

☐ **SÍ**

☐ **NO**

¿Tiene más de dos hijos? Solicite un formulario adicional de autorización.

Firma del padre o tutor:

Fecha:

Entregue este formulario al médico de cabecera o farmacia que tramita la autorización.

(versión de mayo de 2023)