|  |  |
| --- | --- |
| **SÍ** | **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 medico; ¡Dé permiso para compartir sus registros médicos!" y lo he entendido bien. | **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 medico; ¡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:** |  |
|  |  |  |