



**Junta de  
Castilla y León**  
Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud

# ANEXOS





**Anexo I**



**SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

CENTRO RECEPTOR DE LA SOLICITUD

Espacio reservado para fecha de recepción y sello del centro receptor

<b>1 DATOS DEL PACIENTE</b>			
NOMBRE		APELLIDOS	
Nº TARJETA SANITARIA	D.N.I.	EDAD	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

<b>2 DATOS DEL SOLICITANTE (completar cuando el solicitante no sea el propio paciente)</b>		
NOMBRE		D.N.I.
SOLICITA EN VIRTUD DE: A. <input type="checkbox"/> Autorización expresa    B. <input type="checkbox"/> Representación legal    C. <input type="checkbox"/> Familiar o vinculado de hecho por necesidad terapéutica		
CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA (Segundo 4)		Fecha: ...../...../.....
AUTORIZO A LA PERSONA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE PARA QUE EN MI NOMBRE SOLICITE Y RECIBA EL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA		Fecha del paciente: .....

<b>3 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACION CORRESPONDIENTES A <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE</b>		
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONOS DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO

<b>4 DATOS RELATIVOS AL PROCESO PARA EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA</b>	
CENTRO DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO	
SERVICIO	
CAUSA DE LA SOLICITUD <input type="checkbox"/> Confirmar o no el diagnóstico <input type="checkbox"/> Confirmar o no las alternativas terapéuticas <input type="checkbox"/> Ambas	

<b>5 RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA</b>

<b>6 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
Los datos que declaro en la presente solicitud son ciertos, asumo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad de alguno de ellos y SOLICITO la emisión del correspondiente informe facultativo.
En ..... de ..... de ..... EL SOLICITANTE
Fdo: .....

SR./SRA. GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE .....





Anexo II

**SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**  
**Modelo Requerimiento Subsanación Solicitud Incompleta**

Plazo de notificación: 15 días desde la fecha de entrada en el centro de origen  
Notificar con acuse de recibo o medio que permita tener constancia de la recepción del escrito

Paciente: D. / D<sup>a</sup>  
Solicitante: D. / D<sup>a</sup>

En relación con la solicitud de **Segunda Opinión Médica** presentada por Ud. con fecha ....., le comunico que dicha solicitud está incompleta por falta de la información y/o documentación que a continuación se señala:

- Fotocopia compulsada del DNI del paciente o documento que acredite su identidad (pasaporte, NIE o permiso conducir con fotografía).
- Firma del solicitante.
- Fotocopia compulsada del DNI del solicitante o documento que acredite su identidad (pasaporte, NIE o permiso conducir con fotografía).
- Firma del paciente autorizando expresamente a otra persona como solicitante.
- Documento que acredite representación legal.
- Informe clínico en el que conste la necesidad terapéutica de no informar.
- Información en el formulario de solicitud relativa a:
  - (especificar los datos necesarios omitidos en la solicitud)

Se ruega subsane la falta o remita la documentación indicada, dirigida a la Gerencia de Atención Especializada de....., con la mayor brevedad posible. Si en el **plazo máximo de 10 días**, contados a partir del día siguiente a la fecha de recepción de esta notificación, no se hubiese recibido la documentación indicada se entenderá su solicitud desistida, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 71.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Asimismo, se le informa que los plazos para resolver la solicitud y, en su caso, emitir el informe de segunda opinión médica quedan interrumpidos por el tiempo que medie entre esta notificación y su efectivo cumplimiento.

En ....., a .....

EL GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE .....

Fdo: .....





Anexo III

**SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**  
**Modelo Resolución Estimatoria**

Plazo de notificación: 15 días desde la fecha de entrada en el centro de origen  
Silencio administrativo: Favorable a la solicitud

Paciente: D. / D<sup>a</sup>  
Solicitante: D. / D<sup>a</sup>

Con **fecha** ..... ha tenido entrada en la Gerencia de Atención Especializada de ..... su solicitud de **Segunda Opinión Médica**. Una vez examinada dicha solicitud, esta Gerencia RESUELVE:

**ESTIMAR** su solicitud, que será tramitada de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 121/2007, de 20 de diciembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema de Salud de Castilla y León y en la Orden SAN/359/2008, que desarrolla dicho Decreto.

Su solicitud ha sido remitida para valoración e informe al hospital ..... Su situación será examinada y valorada por un facultativo especialista de dicho centro, que emitirá el informe de segunda opinión en un plazo máximo de 35 días contados a partir de la fecha de entrada de la solicitud en esta Gerencia.

Si fuese necesario realizar exploraciones o pruebas complementarias, recibirá usted notificación y cita por parte del servicio hospitalario encargado de elaborar el informe. En este caso, el cómputo del plazo para emitir el informe se interrumpirá por el tiempo necesario para completar dichas pruebas.

El informe de segunda opinión médica será remitido a Ud. por correo o bien se le citará para entrega personal.

Contra la presente Resolución cabe interponer recurso de alzada ante el Gerente de Salud de Área, en el plazo de un mes contado a partir del día siguiente a la fecha de recepción de esta notificación, de acuerdo con lo establecido en el artículo 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

En ....., a .....

EL GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE .....

Fdo: .....





Anexo IV

**SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**  
**Modelo Resolución Denegatoria**

Plazo de notificación: 15 días desde la fecha de entrada en el centro de origen  
Silencio administrativo: Favorable a la solicitud

Notificar con acuse de recibo o medio que permita tener constancia de la recepción del escrito

Paciente: D. / D<sup>a</sup>  
Solicitante: D. / D<sup>a</sup>

Con fecha ..... ha tenido entrada en la Gerencia de Atención Especializada de ..... su solicitud de Segunda Opinión Médica. Una vez examinada dicha solicitud, esta Gerencia RESUELVE:

**DESESTIMAR su solicitud**, por no reunir los requisitos establecidos en el Decreto 121/2007, de 20 de diciembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema de Salud de Castilla y León, por el/los motivos que a continuación se señalan:

- El/la paciente no es beneficiario del Sistema de Salud de Castilla y León.
- El/la paciente no está siendo atendido en un centro de Sacyl.
- La enfermedad no está incluida en los supuestos previstos en la normativa vigente.
- Existe una solicitud anterior de segunda opinión por el mismo proceso.
- No se ha completado aún el diagnóstico.
- El plan terapéutico propuesto a el/la paciente tiene carácter urgente.

Contra la presente Resolución cabe interponer recurso de alzada ante el Gerente de Salud de Área, en el plazo de un mes contado a partir del día siguiente a la fecha de recepción de esta notificación, de acuerdo con lo establecido en el artículo 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

En ....., a .....

EL GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE .....

Fdo: .....



**Anexo V**

**Centros y Servicios de Referencia de Sacyl**

SERVICIO	ÁREA DE SALUD										
	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Va-Este	Va-Oeste	Zamora
S. General Referencias	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA	HURH	CA BU	HCUVA	HURH	CA SA
Angiología y C. Vascular	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA LE/ CA SA (1)
Cirugía Cardíaca	CA SA	HCUVA	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	CA SA
Cirugía Maxilofacial	CA SA	HURH	CA LE (2)	CA LE (2)	HURH	CA SA	HURH	HURH	HURH	HURH	CA SA
Cirugía Pediátrica	CA SA	CA BU	CA SA	CA SA	CA BU	CA SA	CA SA	CA BU	CA BU	CA BU	CA SA
Cirugía Plástica y Reparadora (3)	HURH	CA BU	CA LE	CA LE	CA BU	CA SA	HURH	CA BU	HURH	HURH	CA SA
Cirugía Torácica	HCUVA	HCUVA	CA SA	CA SA	HCUVA	CA SA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	CA SA
Neurocirugía	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA	HURH	CA BU	HCUVA	HURH	CA SA
Cirugía Bariátrica	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HURH	CA SA	HURH	CA BU	HURH	HURH	CA SA
Hemodinámica	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA SA
Medicina Nuclear	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA SA
Radioterapia	CA SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA ZA
Reproducción Humana Asistida.	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA
Trasplantes	De acuerdo con la organización establecida por la Coordinación de Trasplantes de Castilla y León.										

CA BU = Complejo Asistencial de Burgos; CA LE = Complejo Asistencial de León; CA SA = Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; CA ZA = Complejo Asistencial de Zamora; HURH = Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; HCUVA = Hospital Clínico Universitario de Valladolid  
 (1) Zona de Benavente: CA León; resto: CA Salamanca. (2) CA Salamanca, para las prestaciones no incluidas en su cartera de servicios.  
 (3) CA Burgos subsidiario para todos, en técnicas que sólo se realizan en ese centro.



Anexo VI

**INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**  
**Formato Modelo**

Plazo de emisión: Antes de 35 días desde que la solicitud entró en el centro de origen.

Notificación:

- Informe coincidente: Envío al paciente por correo, con acuse de recibo, y copia al centro de origen.
- Informe discordante: Entrega personal al paciente o representante (debe quedar constancia de recepción) e información adicional. Copia al centro de origen.

**INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

**Datos del solicitante**

Paciente:  
Solicitante:  
Dirección:

**Proceso actual**

Centro de origen: Servicio:  
Diagnóstico:  
Propuesta terapéutica (si procede):

**Servicio de referencia de segunda opinión médica**

Centro de destino:  
Servicio:  
Facultativo:  
Datos de contacto, si precisara información adicional:  
Teléfono: Correo electrónico:

**Valoración clínica**

(Informe médico de situación del paciente, incluyendo resultado de pruebas adicionales si hubiese sido necesario realizarlas)

**Conclusión**

(Incluir diagnóstico y, cuando proceda, propuesta terapéutica)

Confirma el diagnóstico:  SÍ  NO  
Confirma el tratamiento:  SÍ  NO  NO PROCEDE

**Lugar, fecha y firma** (con firma y sello del facultativo que emite el informe)

