

## MODELO DE PRESENTACIÓN DE CONSULTA AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL ÁREA DE SALUD DE ÁVILA

### DATOS DEL SOLICITANTE:

**Nombre:**

**Apellidos:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Correo electrónico de contacto:**

**Identificador (DNI, NIE, Pasaporte, Razón social...):**

### IMPLICACIÓN DEL SOLICITANTE

**Paciente:**

**Familiar/Representante legal:**

\*Necesaria acreditación: Anexo I

**Entidad:**

### MOTIVO DE LA CONSULTA:

**Fecha en la que se realiza la consulta (dd/mm/aaaa):**

### EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS

\*Debe figurar el problema o conflicto ético que plantea al Comité y exposición de los hechos.

\*Posibilidad de adjuntar informes relacionados con el caso si es preciso.

**Firma:**

El solicitante se responsabiliza de la veracidad de los datos cumplimentados y/o aportados, y, en su caso, deberá aportar las pruebas documentales que se le requieran.

En el caso en el que el consultante sea el paciente, autoriza con su firma al comité para que pueda consultar su historial de salud.

Los datos de carácter personal que se recogen a través de la cumplimentación de esta solicitud tienen como finalidad exclusiva analizar y emitir informe respecto de la consulta planteada.

Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la ley, dirigiendo su escrito a la Dirección Gerencia de este centro.

**A LA ATENCIÓN DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL ÁREA DE SALUD DE ÁVILA**