



SOLICITUD DE INFORME POR MÉDICO DISTINTO AL QUE SOLICITÓ EL ANÁLISIS

Médico que solicita el envío:

Nombre y apellidos DNI
del Servicio
Hospital
Dirección:
Población Provincia País

Persona que autoriza el envío:

Nombre y apellidos..... DNI:
con domicilio en C/.....
Población..... ProvinciaPaís

Como Padre Madre Tutor AUTORIZO el envío de los resultados de
(táchese lo que no proceda)

Paciente (nombre y apellidos).....
al médico solicitante identificado al principio.

El envío de dichos resultados se llevará a cabo por el CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MOLECULARES (CEDEM), al médico solicitante, previa recepción de la presente autorización debidamente cumplimentada y firmada, adjuntando una fotocopia del D.N.I. de la persona que autoriza el envío de los resultados.

Asimismo, se le informa que: El CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MOLECULARES (CEDEM), constituye la comisión científica de la Asociación Española para el Estudio de las Metabolopatías Congénitas (AEPMEC) titular de fichero automatizado de carácter confidencial, inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, pudiendo ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, dirigiéndose a la Asociación Española para el Estudio de Metabolopatías Congénitas, calle Francisco Tomás y Valiente nº7, Facultad de Ciencias, módulo 10, 2º planta, Universidad Autónoma de Madrid, 28049 Madrid

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

Médico solicitante

Paciente o persona que autoriza