

¿HA UTILIZADO TRANSPORTE SANITARIO? ☐ SI ☐ NO

TOMA DE DATOS TERCERO OBLIGADO. UNIDAD CUIDADOS PALIATIVOS

CENTRO ASISTENCIAL

DATOS DE LA PERSONA

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI/NIE

DOMICILIO

TELÉFONO/S

CORREO ELECTRÓNICO

ORIGEN DEL TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

- ☐ COMUNITARIO CON TSE (Tarjeta Sanitaria Europea) ☐ MUTUALISTA (Compañía Privada)
☐ EXTRANJERO COMUNITARIO SIN TSE (Tarjeta Sanitaria Europea) ☐ SIN SEGURO/PRIVADO

DATOS DE LA ASISTENCIA (Preferiblemente partes mensuales)

FECHA/S DE LA/S ASISTENCIA/S

MES/AÑO DE LA ASISTENCIA

TRATAMIENTO

NÚMERO TOTAL DE SESIONES
EN EL PERIODO

Firma Profesional Sanitario

Fecha:

Nombre y Apellidos:



Espacio para firma digital (opcional)
Descargar el documento antes de firmar