

SOLICITUD DE DATOS

Este formulario debe ser utilizado cuando se soliciten de datos en producción de cualquier aplicación. Todos los datos deben ser completados; en caso contrario el formulario será devuelto al solicitante.

Datos del Solicitante

Nombre	<input type="text"/>	Cat. Profesional/Puesto	<input type="text"/>
1 ^{er} Apellido	<input type="text"/>	Servicio	<input type="text"/>
2 ^o Apellido	<input type="text"/>	Tfno. Contacto	<input type="text"/>
Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Centro de Salud	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> CSI	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Consultorio Auxiliar	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Hospital Universitario de la Ribera		

Datos a Solicitar

Rango de fechas: Desde _____ Hasta _____

Descripción detallada:

Filtros a aplicar:
(Ej.: servicio, centro, cód. de diagnóstico, etc.)

Especificación de datos a obtener:
(Ej.: NHC, CIE, servicio, agenda, etc.)

NOTA: No se incluirá el Nombre y los Apellidos de pacientes

Destinatarios del fichero (indique el correo electrónico)

Si ha solicitado estos datos anteriormente, indique el nombre del fichero que se le proporcionó:

El sistema de información del Hospital-Ribera está protegido por la ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, lo que implica el cumplimiento riguroso de la misma. Si los datos entregados son de Nivel Alto, el usuario solicitante se compromete a utilizar estos datos en el contexto de la citada ley, por lo que a la finalización del proceso para el que se solicitan, serán eliminados o entregados, así como borrada cualquier copia que se haya podido generar.

Alzira, a _____ de _____ de _____

El Responsable de Sistemas

El Coordinador/Responsable

Usuario Solicitante

Firmado: _____

Firmado: _____

Firmado: _____

Ticket

(A rellenar por el CAU)