

 Hospital Universitario Infanta Sofía SaludMadrid  Comunidad de Madrid	N.H.C.:	
	Nombre y apellidos:	
Paseo de Europa, 34 28702 San Sebastián de los Reyes Teléfono: 91 191 40 00	Fecha de nacimiento:	Sexo:
	Dirección:	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	CIP	
IDENTIFICACIÓN DE PERSONA CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)		

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (PADRE, MADRE, TUTOR O TUTORA)

Nombre y Apellidos: _____

DNI / NIE / Pasaporte: _____

En calidad de:

Padre Madre Tutor/a Legal

DATOS DEL PACIENTE (SI NO SE DESCARGAN DE SELENE)

Nombre y Apellidos: _____

DNI / NIE / CIP: _____

AUTORIZACIÓN

Por la presente, AUTORIZO al Hospital Universitario Infanta Sofía a identificar en la historia clínica del paciente arriba mencionado su condición de persona con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Esta medida se solicita con el fin de garantizar una atención sanitaria adaptada, conforme a la normativa vigente de protección de datos.

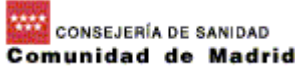

En San Sebastián de los Reyes, a ____ de _____ de 202__

Firma del Representante Legal: _____

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (Firmar solo en caso de querer anular la autorización anterior)

D./Dña. _____, con DNI _____, en calidad de Padre/Madre/Representante legal, REVOCO el consentimiento otorgado en fecha anterior y solicito que se retire la identificación de TEA de la historia clínica del paciente.

En San Sebastián de los Reyes, a ____ de _____ de 202__

Firma para la Revocación:		
 Nota: Se deben firmar todas las páginas.		Página a 1 de 1