

## Solicitud de cambio de Equipo de Atención Primaria (EAP), médico de cabecera o pediatra

### Datos de la persona solicitante

Nombre	1er apellido	2o apellido	CIP
Dirección		Municipio/ Localidad	Código postal
Nombre del EAP o centro actual		Código UP*	

### Datos del representante legal de la persona solicitante ( en caso de menores de 16 años o incapacitados).

Nombre	1er apellido	2o apellido	DNI
--------	--------------	-------------	-----

### Datos del EAP y / o del médico de cabecera o pediatra que solicita

Nombre del EAP o centro que solicita	Código UP*
--------------------------------------	------------

Nombre del médico de cabecera o pediatra que solicita ( *si es el caso* ).

En caso de solicitar un médico de cabecera o pediatra que no pueda ser asignado, ¿solicita igualmente el cambio de EAP?

SI       NO

Motivo de la solicitud ( *solo han de rellenar este apartado si ha transcurrido menos de un año desde el anterior cambio de EAP* )

La persona abajo firmante reconoce haber sido informada sobre la descripción de la nueva organización de la atención que recibirá ( *véase la hoja adjunta* )

Firma

Fecha

### Resolución del EAP solicitado ( *este espacio ha de ser rellenado por el EAP* ).

- Solicitud aceptada ( *especificar el médico de cabecera o pediatra asignado*):
- Solicitud denegada ( *marcar el motivo* )
- no tener derecho a la atención
  - médico no disponible
  - atención domiciliaria crónica
  - no hace un año del último cambio
  - otros ( *especificarlos* ).

Nombre y apellidos del director / a del EAP

Firma

Fecha

-Los espacios marcados con un asterisco (\*) han de ser rellenados por el EAP.

-De conformidad con lo que establece la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, los datos que consignéis en este documento constarán en el fichero automatizado del registro central de personas aseguradas. La finalidad de este fichero es el de acreditar a la población protegida por el Servei Català de la Salut en Catalunya y gestionar la tarjeta sanitaria individual mediante la identificación, con un código personal único y universal, la localización en el territorio de las personas y la asignación de estructura asistencial básica. El órgano responsable es el Área de Serveis i Qualitat del CatSalut ( trav. De les Corts 131-159 Edifici Olímpia; 08028 Barcelona ). Pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de estos datos ante dicha Área.

-Si en término de 10 días hábiles no han recibido ninguna respuesta , su solicitud se entiende como estimada. Les pedimos que se pongan en contacto con su CAP para que se les notifique el médico de cabecera o pediatra asignado.

-Contra esta resolución se puede interponer recurso ante el gerente de la región sanitaria a la que corresponde el EAP solicitado, en el término de un mes contandor a partir del día siguiente de su notificación.

**DIRECCION DEL EAP.**