



**DATOS**

NIF	
NOMBRE Y APELLIDOS	
DOMICILIO	
TELÉFONO	

**MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE ENTREGA DEL INFORME**

<input type="radio"/> DOCUMENTO ELECTRÓNICO	
CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="radio"/> PRESENCIAL	

**INDICAR EL MOTIVO DE SOLICITUD**

- A PETICIÓN DE ABOGADO/A
- PARA JUICIOS
- MUTUA
- INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
- ATENCIÓN PRIMARIA
- INSPECCIÓN MÉDICA
- RENOVACIÓN DE CARNET DE CONDUCIR
- OTROS (INDICAR):

--

**TIPO DE INFORME (son excluyentes)**

- Histórico como persona usuaria en nuestro servicio
- Actualizado a criterio del/a terapeuta

**EL SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES SE COMPROMETE A:**

1. Notificar a la persona usuaria por medio de comunicación elegida en un plazo máximo de 30 días desde la fecha de solicitud. No se emitirán informes provisionales ni urgentes antes de dicho plazo.
2. Garantizar el derecho de la persona usuaria a solicitar informes relativos a su tratamiento asistencial y seguimiento.
3. El informe emitido se refiere a unas circunstancias, por tanto no puede utilizarse en otros momentos o circunstancias distintas de aquellas de las que fuera solicitado dicho informe.
4. El informe será elaborado con los datos registrados en la Historia Clínica de SIPASDA cumplimentados por los distintos perfiles profesionales competentes en la materia.

**BASE LEGAL DE SOLICITUD DE INFORME**

Este derecho a solicitud de informe tiene una base legal que está recogido en la Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía, en la Ley 14/1986 de 25 de Abril General de Sanidad, y en el artículo 12 del Reglamento de Régimen Interior del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones.



#### PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la normativa de protección de datos personales, le informamos que los datos personales que se recogen en este formulario serán objeto de tratamiento en la actividad SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES responsabilidad de DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ALMERÍA con la finalidad de ATENCIÓN AMBULATORIA DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LAS ADICCIONES QUE ASÍ LO SOLICITAN Y PARA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, INSERCIÓN SOCIAL, FORMACIÓN E INFORMACIÓN., en base a la legitimación de CONSENTIMIENTO. [Más información sobre Protección de Datos personales](#) en este enlace, en el apartado de privacidad de [www.dipalme.org](http://www.dipalme.org) o bien en la oficina de información o dependencia donde realice su gestión. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación, siguiendo las indicaciones facilitadas, previa acreditación de su identidad. Con la firma de este formulario, confirmo que he sido informado sobre el tratamiento de mis datos personales para la actividad SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES.



#### FECHA Y FIRMA

EN \_\_\_\_\_, A \_\_\_\_\_

FDO. \_\_\_\_\_

(EL/LA SOLICITANTE)

#### AUTORIZACIÓN

Autorizo a:

NIF. \_\_\_\_\_, NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_,

Para recoger la documentación solicitada en el caso de que personalmente no pueda.

EL/LA AUTORIZADO/A

\_\_\_\_\_

EL/LA AUTORIZANTE

\_\_\_\_\_