

Sol·licitud de configuració de seguretat**Dades del/ de la pacient**

Nom i cognoms	DNI	Edat
ALFARRAS NULA NULA		5 anys
Adreça		
CR.NOU 2		
Codi postal	Població	Telèfon
25120	ALFARRÀS	

Dades de la persona que actua com a representant legal ¹

Nom i cognoms	DNI
---------------	-----

¹ En el cas de menors o persones incapacitades

Configuració de seguretat d'accés a les dades**Assignació de visites i canvi de centre per Internet**

- No vol la prestació La vol amb contrasenya La vol sense contrasenya

Comunicacions per correu electrònic

- No vol rebre correus electrònics
- Comunicacions de tipus informatiu. Adreça electrònica :
- Comunicacions de dades clíniques i administratives

Comunicacions per SMS

- No vol rebre SMS
- Comunicacions de tipus informatiu. Telèfon :
- Comunicacions de dades clíniques i administratives

Restriccions a les gestions per telèfon

- No poder anul·lar visites
- No donar informació sobre les visites per telèfon

Signatures

Signatura del/de la pacient	Signatura del/del la representant legal
Lloc i data MOLLERUSSA	Lloc i data
04/06/2012	