

SOLICITUD CAMBIO DE PROFESIONAL SANITARIO

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos		
Dirección		Localidad
Número SS		Número Tarjeta Sanitaria
DNI	Teléfono	Correo electrónico

SOLICITUD DE PROFESIONAL SANITARIO

1ª OPCIÓN (nombre y apellidos del profesional solicitado)	Zona Básica de Salud
2ª OPCIÓN (nombre y apellidos del profesional solicitado)	Zona Básica de Salud
3ª OPCIÓN (nombre y apellidos del profesional solicitado)	Zona Básica de Salud
4ª OPCIÓN (nombre y apellidos del profesional solicitado)	Zona Básica de Salud

Recuerde que la información sobre profesionales y horarios se encuentra disponible en la página web del Servicio Riojano de Salud, en las unidades administrativas de los Centros de salud y en el servicio de Salud Responde.

Si han transcurrido menos de seis meses desde su último cambio de profesional no podrá solicitar uno nuevo.

En caso de solicitar cambio de Zona Básica de Salud, la solicitud deberá ser aprobada por parte de la unidad asistencial correspondiente y validada por Dirección de Atención Primaria.

....., a ... dede, a ... dede, a ... dede

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DE LA ENFERMERA