

1. DATOS DEL PACIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Domicilio		Código Postal
Localidad	Provincia	Comunidad Autónoma
DNI/NIE	Código Identificación Personal – TIS (4 letras y 12 dígitos)	
Centro de Salud	Médico AP	
¿Dónde desea que se envíe la nueva tarjeta?: <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Domicilio del paciente <input type="checkbox"/> Otro domicilio (especificar):		

2. DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el paciente)

NIF/NIE	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Vinculación entre el solicitante y el paciente			
<input type="checkbox"/> Familiar/persona vinculada (Adjuntar documento que acredite la representación legal)		<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal)	

3. INFORME

Dada la situación clínica actual se considera que este paciente es susceptible de disponer del distintivo “AA” en su Tarjeta Sanitaria, que favorece el acompañamiento y la accesibilidad preferente para las actuaciones sanitarias que precise.

Diagnóstico:

- Demencia con un nivel de afectación cognitivo al menos moderado y/o trastorno de conducta
- Discapacidad intelectual grave y profunda o con trastorno de conducta
- Discapacidad (grado igual o superior al 65% reconocido) con trastorno de comunicación grave
- Trastorno del espectro autista con trastornos de conducta
- Trastorno mental crónico con grave déficit del funcionamiento psicosocial
- Sordoceguera

Tras la valoración de la solicitud, la **DECISIÓN** sobre la misma es:

- Favorable
- Desfavorable

Observaciones:

Facultativo validador de la solicitud: Médico de Atención Primaria Médico de Atención Especializada

Fecha:

Firma y sello del facultativo

Sello del Centro

CONSEJERÍA DE SALUD DE LA RIOJA