



PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
DECLARACIÓN ENFERMEDADES RARAS	SOLICITUD

DATOS DEL ENFERMO							
NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NIF	
FECHA NACIMIENTO		PAIS NACIMIENTO		SEXO		CIP (N.º TARJETA SANITARIA)	
TIPO		NOMBRE DE LA VÍA		NUM	BLOQ	PISO	PUERTA
PARROQUIA				LUGAR			
CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD		

DATOS DEL FACULTATIVO DECLARANTE							
NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NIF	
Nº COLEGIADO/A		TELEFONO		CENTRO SANITARIO		SERVICIO	

DATOS DE LA ENFERMEDAD RARA		
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD		
OBSERVACIONES		
FECHA DE DIAGNÓSTICO		FECHA DE DETECCIÓN
BASE DE DIAGNÓSTICO		FUENTE DE INFORMACIÓN
CÓDIGO ORPHA	CÓDIGO CIE-9	CÓDIGO CIE-10

DATOS CLÍNICOS	
TRATAMIENTO	TRANSPLANTE
	☐ SI ☐ NO
OBSERVACIONES TRATAMIENTO	

RESULTADOS PRUEBAS	
ANALÍTICA	
RADIOLOGÍA	
BIOPSIA	
☐ SI ☐ NO	
ESTUDIO GENÉTICO	
☐ SI ☐ NO	
METABOLOPATÍAS	
☐ SI ☐ NO	
OTROS RESULTADOS	



En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se le informa que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad de la Xunta de Galicia con el objeto de gestionar el presente procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Asistencia Sanitaria, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a asistencia.sanitaria@sergas.es.

FIRMA DEL DECLARANTE

Lugar y fecha

	,		de		de	
--	---	--	----	--	----	--