



PROCEDEMENTO						DOCUMENTO	
DECLARACIÓN ENFERMEDADES RARAS						SOLICITUDE	

DATOS DO DOENTE							
NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF	
DATA NACEMENTO		PAIS NACEMENTO		SEXO		CIP (N.º TARXETA SANITARIA)	
TIPO		NOME DA VÍA		NUM	BLOQ	ANDAR	PORTA
PARROQUIA				LUGAR			
CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA		CONCELLO		LOCALIDADE	

DATOS DO FACULTATIVO DECLARANTE							
NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF	
Nº COLEXIADO/A		TELEFONO		CENTRO SANITARIO		SERVIZO	

DATOS DA ENFERMIDADE RARA		
NOME DA ENFERMIDADE		
OBSERVACIONES		
DATA DE DIAGNÓSTICO		DATA DE DETECCIÓN
BASE DE DIAGNÓSTICO		FONTE DE INFORMACIÓN
CÓDIGO ORPHA	CÓDIGO CIE-9	CÓDIGO CIE-10

DATOS CLÍNICOS	
TRATAMENTO	TRANSPLANTE
	o SI o NO
OBSERVACIONES TRATAMIENTO	

RESULTADOS PROBAS	
ANALITICA	
RADIOLOXÍA	
BIOPSIA	
o SI o NO	
ESTUDIO XENÉTICO	
o SI o NO	
METABOLOPATÍAS	
o SI o NO	
OUTROS RESULTADOS	



En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a asistencia.sanitaria@sergas.es.

SINATURA DO DECLARANTE

Lugar e data

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