



Resolución de la Gerencia del Servicio Gallego de Salud, de fecha 28 de octubre de 2015, por la que se establece el plazo y se regula el procedimiento mediante el que los beneficiarios de la Seguridad Social asignados al área de POVISA pueden elegir libremente al provisor de asistencia sanitaria especializada.

El Servicio Gallego de Salud formalizó, con fecha 1 de septiembre de 2014, un concierto con la entidad "Policlínica Vigo, S.A." para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria especializada incluidos en su cartera de servicios, a la población beneficiaria de la Seguridad Social y protegida por el Servicio Gallego de Salud, que libremente lo elijan, asignada a los centros de salud de los Ayuntamientos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar y aquellos otros que la Administración determine del Ayuntamiento de Vigo.

En la cláusula 1.2 del pliego de prescripciones técnicas particulares de este concierto, se establece que la Gerencia del Servicio Gallego de Salud, por resolución, establecerá el plazo y el procedimiento para que los beneficiarios de la Seguridad Social, que tienen la obligación de proteger, puedan elegir libremente al provisor de asistencia sanitaria especializada.

A través de la Instrucción 7/2014 de la Gerencia del Servicio Gallego de Salud, de 1 de septiembre, se estableció que el periodo anual de elección sería entre el 1 y el 30 de noviembre de cada año de vigencia del concierto citado anteriormente.

Con el objeto de hacer efectiva la posibilidad de elección indicada, por medio de la presente

RESUELVO

Primero.- Los beneficiarios de la Seguridad Social de los centros de salud de los Ayuntamientos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar y de Vigo asignados al área de POVISA, podrán elegir libremente al provisor de asistencia sanitaria especializada.

Segundo.- La solicitud de cambio de provisor de asistencia sanitaria especializada se efectuará por la persona autorizada o mediante tutor legal, quien aportará la siguiente documentación:

a) Solicitud de acuerdo con los modelos que estarán disponibles en la página web del Servicio Gallego de Salud (www.sergas.es).



b) Documento identificativo del/de la solicitante: DNI, tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o pasaporte, que deberán ser presentados en el momento de formular la solicitud.

En caso de ser presentada la solicitud por un tutor o persona autorizada:

- Fotocopia del DNI, TIE o pasaporte del/de la interesado/a.
- Documento acreditativo de la tutela legal o, en su caso, original de la autorización específica del/de la interesado/a.

La solicitud se presentará en el centro de salud que, por razón de residencia, le corresponda a la persona interesada, o en los servicios de admisión de cualquiera de los centros hospitalarios integrados en la Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo.

Si la documentación presentada no está completa o tiene algún defecto, se requerirá a la persona interesada para que, en un plazo de diez días, enmiende la falta, con la indicación de que, si así no lo hiciere, se considerará que desiste de su petición.

Tercero.- El plazo para que los beneficiarios de la Seguridad Social indicados en el primer punto de la presente resolución ejerzan su derecho a elegir libremente al provisor de asistencia sanitaria especializada, será el comprendido entre el 1 y el 30 de noviembre de 2015.

Cuarto.- El cambio de provisor de asistencia sanitaria especializada será efectivo cuando el usuario opte libre y voluntariamente por la prestación de asistencia especializada y sea adscrito por el Servicio Gallego de Salud, sin que existan plazos de carencia para realizar atención sanitaria.

La solicitud así formulada por los beneficiarios llevará implícita su permanencia hasta, como mínimo, la apertura del siguiente periodo anual, en el que de nuevo podrán ejercer su derecho.

Quinto.- La presente resolución se publicará en el Diario Oficial de Galicia.

Santiago de Compostela, 28 de octubre de 2015

El gerente del Servicio Gallego de Salud



Antonio Fernández-Campa García-Bernardo



MODELO DE SOLICITUD II

Designación de POVISA como centro provisor de asistencia sanitaria especializada

DATOS DEL SOLICITANTE

C.I.P.

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº de N.I.F./ T.I.E Nº de PASAPORTE

CÓDIGO S.N.S.

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO

AYUNTAMIENTO PARROQUIA

LUGAR C.POSTAL

TELÉFONO TELÉFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DEL REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº de N.I.F./ N.I.E Nº de PASAPORTE

TIPO DE REPRESENTACIÓN

REPRESENTANTE LEGAL GUARDADOR DE HECHO REPRESENTANTE

Por el presente documento solicito ser asignado/a a POVISA como centro provisor de asistencia sanitaria especializada.

La presente lleva implícita la permanencia en esta asignación hasta la apertura del siguiente periodo anual para su ejercicio.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en esta solicitud,
- Que autorizo que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos, entre ellos el acceso a los datos del DNI por medios digitales, necesarias para acreditar los datos declarados con los que consten en poder de las distintas administraciones públicas competentes.

Localidad y fecha

.....de.....de.....

Firmado

(Nombre y apellidos)

En calidad de: SOLICITANTE REPRESENTANTE



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros inscritos en el Registro General de Protección de Datos bajo responsabilidad de la Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos; todo esto de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. El/La firmante autoriza el tratamiento de sus datos.

El/La firmante autoriza la cesión de los datos de carácter personal facilitados a terceros o a los encargados del tratamiento que autorice la Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud, que se obligarán a dedicarlos en exclusiva para la finalidad con la que fueron creados los ficheros de datos.

CONDICIÓN DE USO DO PROGRAMA DE COMUNICACIÓN COA CIDADANÍA:

Usted participa de modo voluntario en el programa de comunicación telemática.

Este servicio sólo estará disponible para los/las usuarios/as que aporten su información de contacto.

En el momento de entrega de esta solicitud deberá identificarse presentando su DNI.

En caso de solicitar información sobre personas a las que represente legalmente, deberá acreditar este hecho de manera documental.

Autoriza expresamente a que la Consellería de Sanidad le realice notificaciones a través de los números de teléfono (fijo y móvil) y de la cuenta de correo electrónico facilitados.

La recepción de mensajes SMS será gratuita para el/la paciente.

La recepción errónea de avisos, o no recepción o lectura, carecerá de efectos jurídicos en los respectivos procedimientos. La Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud no se hace responsable de las consecuencias jurídicas derivadas de la no recepción o de la recepción incorrecta de estos mensajes.