

I. COMUNIDAD DE MADRID

C) Otras Disposiciones

Consejería de Sanidad

- 12** *RESOLUCIÓN de 31 de marzo de 2014, del Director General de Atención Primaria, por la que se ordena la publicación del impreso normalizado de solicitud de tarjeta sanitaria.*

Mediante Resolución 41/2010, de 22 de enero, del Director General de Atención Primaria, se ordenó la publicación del modelo de solicitud a utilizar en el procedimiento de solicitud de tarjeta sanitaria (BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID número 34, de 10 de febrero de 2010).

Tras los últimos cambios normativos en materia de aseguramiento sanitario producidos durante los años 2012 y 2013 en virtud del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y sus normas de desarrollo, se han tenido que realizar diversas adaptaciones técnicas en la aplicación informática que gestiona el procedimiento de tarjeta sanitaria. Asimismo, ha sido necesario actualizar el impreso normalizado de solicitud de tarjeta sanitaria existente para facilitar la gestión documental y adaptar el mismo a las necesidades actuales de los ciudadanos.

De acuerdo con el criterio 14, apartado h), del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de calidad de los servicios públicos y se aprueban los criterios de calidad de la actuación administrativa en la Comunidad de Madrid, sobre la obligación de publicar en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID por resolución del órgano correspondiente los impresos normalizados de procedimientos administrativos, previo informe de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, se hace público el impreso normalizado de solicitud de tarjeta sanitaria.

Por ello, y en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVO

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID del modelo de impreso normalizado que se adjunta como Anexo a esta Resolución, a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, correspondiente a la solicitud de tarjeta sanitaria.

En Madrid, a 31 de marzo de 2014.—El Director General de Atención Primaria, Antonio Alemany López.



Dirección General de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de la Tarjeta Sanitaria

1.- Datos para la asignación de centro de salud:

Código del Centro de Salud ¹		Nombre del Centro de Salud (1)	
Turno de atención médica preferido	<input type="radio"/>	Mañana	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	Tarde	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	Indistinto	

(1) Indique el Centro Salud que corresponde a su actual domicilio, que puede consultar en <http://www.centrossanitarios.sanidadmadrid.org/>

2.- Motivo de solicitud:

<input type="radio"/>	Nueva Tarjeta Sanitaria	
<input type="radio"/>	1. Activo titular (de alta en Seguridad Social)	Documentación requerida: Punto 6.1
<input type="radio"/>	2. Beneficiario de activo titular	Documentación requerida: Punto 6.2
<input type="radio"/>	3. de la Seguridad Social	Documentación requerida: Punto 6.3
<input type="radio"/>	4. Beneficiario de pensionista	Documentación requerida: Punto 6.4
<input type="radio"/>	5. Modificación de datos personales	Documentación requerida: Punto 6.5
<input type="radio"/>	6. Modificación de domicilio	Documentación requerida: Punto 6.6
<input type="radio"/>	7. Extravío, robo o deterioro	Documentación requerida: Punto 6.7

3.- Datos de la persona para la cual se solicita la tarjeta sanitaria:

NIF/NIE		Nº Soporte de NIE (2)		Nº Afiliación a Seguridad Social	
Apellido 1º		Apellido 2º			
Nombre					
Provincia de nacimiento		País de nacimiento			
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento		Sexo	
Teléfono 1		Teléfono 2			
Correo electrónico (3)					

(2) El Número de Soporte del NIE se encuentra situado en el ángulo superior derecho de la Tarjeta de Identificación de Extranjero-NIE.

(3) Este correo electrónico se solicita a los únicos efectos de completar la información del interesado, de cara a la atención sanitaria.

3.1.- Domicilio actual (4)

Tipo de vía		Nombre vía		Nº/ Km	
Portal		Escalera		Piso	
		Letra		CP	
Provincia		País		Localidad	

(4) Domicilio que figura en el volante de empadronamiento aportado, actualizado (expedido con menos de 3 meses a su presentación)

4- Datos de el/la representante legal (Cumplimentar sólo en caso de menores o personas legalmente incapacitadas) (5):

NIF/NIE		Apellido 1		Apellido 2	
Nombre			Razón Social		
Correo Electrónico					
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

(5) Será necesario que aporte la documentación acreditativa que se indica en el apartado 6.6 de este formulario.



Dirección General de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

5.- Medio de notificación (6):

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)			
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado a la dirección:			
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº/ km	
	Piso	Puerta	CP	Localidad
	Provincia		País	

(6) Solo se utilizarán los datos de notificación para casos en que sea necesaria la subsanación de documentación por parte del interesado.

6.- Documentación requerida:

DOCUMENTOS PARA SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA POR PRIMERA VEZ	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (8)
6.1. Solicitud de Activo titular		
DNI o NIE en vigor (anverso y reverso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Volante de empadronamiento (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documento Acreditativo de Derecho a Asistencia Sanitaria como titular de la Seguridad Social emitido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2. Solicitud de Beneficiario de activo titular		
DNI o NIE en vigor (anverso y reverso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Libro de familia, en ausencia de DNI (sólo en caso de menores de 14 años)	<input type="checkbox"/>	
Volante de empadronamiento (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documento Acreditativo de Derecho a Asistencia Sanitaria, con Inclusión de Beneficiario a cargo de un titular de la Seguridad Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasaporte o Documento de Identidad de su país de origen en vigor	<input type="checkbox"/>	
6.3. Solicitud de Pensionista		
DNI o NIE en vigor (anverso y reverso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Libro de familia, en ausencia de DNI (sólo en caso de menores de 14 años)	<input type="checkbox"/>	
Volante de empadronamiento (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documento Acreditativo de Derecho a Asistencia Sanitaria como Pensionista de la Seguridad Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasaporte o Documento de Identidad de su país de origen en vigor	<input type="checkbox"/>	
6.4. Solicitud de Beneficiario de Pensionista		
DNI o NIE en vigor (anverso y reverso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Libro de familia, en ausencia de DNI (sólo en caso de menores de 14 años)	<input type="checkbox"/>	
Volante de empadronamiento (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documento Acreditativo de Derecho a Asistencia Sanitaria con Inclusión de beneficiario a cargo de pensionista de la Seguridad Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasaporte o Documento de Identidad de su país de origen en vigor	<input type="checkbox"/>	
6.5. DOCUMENTOS PARA LA MODIFICACIÓN DE DATOS, DOMICILIO (9) O SOLICITUD DE TARJETA POR EXTRAVÍO, ROBO O DETERIORO		
DNI o NIE en vigor (anverso y reverso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Libro de familia, en su defecto (sólo si es menor de 14 años)	<input type="checkbox"/>	
SI HA CAMBIADO DE DOMICILIO: Volante de empadronamiento (7) (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI HA CAMBIADO DE BENEFICIARIO A TITULAR O HA PASADO DE ACTIVO A PENSIONISTA O VICEVERSA: Documento Acreditativo de Derecho a Asistencia Sanitaria en vigor (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EN CASO DE PASO DE TITULAR A BENEFICIARIO: Documento Acreditativo de Derecho a Asistencia Sanitaria con inclusión de beneficiario a cargo de un titular de la Seguridad Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EN CASO DE SOLICITUD POR EXTRAVÍO, ROBO O DETERIORO: Justificante de abono de la tasa en el Modelo 030	<input type="checkbox"/>	



Dirección General de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

6.6. DOCUMENTOS PARA SOLICITUD POR MEDIO DE REPRESENTANTE LEGAL (11)	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (8)
DNI o NIE en vigor (anverso y reverso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasaporte (sólo en ausencia de DNI/NIE)	<input type="checkbox"/>	
Documento que acredite la representación legal (Libro de familia o Sentencia judicial de incapacidad o Resolución de acogimiento o tutela)	<input type="checkbox"/>	

(7) Volante de empadronamiento expedido con menos de 90 días a su presentación.

(8) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, según lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

(9) La solicitud de modificación del domicilio NO supone la emisión de una nueva tarjeta, sino la corrección de la información que consta en nuestros ficheros de datos personales. La nueva etiqueta a adherir en el reverso de la tarjeta sanitaria le será facilitada en su centro de salud.

(10) El cambio de la situación laboral o el paso de beneficiario a titular de la Seguridad Social o viceversa no conlleva la emisión de una nueva tarjeta sanitaria.

(11) La documentación del representante legal deberá acreditar fehacientemente la personalidad de la representación legal del solicitante.

En solicitudes de tarjeta sanitaria, una vez cumplimentado correctamente este formulario y comprobada la validez de la documentación aportada, en el plazo máximo de 3 meses recibirá la Tarjeta Sanitaria en su domicilio por correo postal. Si no recibiese su Tarjeta o notificación alguna por la vía elegida por usted, y con objeto de corregir la posible incidencia, póngase en contacto con esta Consejería de Sanidad (tarjeta.individual@salud.madrid.org). Si precisase de atención médica antes de recibir la tarjeta solicitada, puede dirigirse a su centro de salud donde le facilitarán el acceso a la asistencia sanitaria.

Información Institucional
<p>Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid</p> <p>Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.</p>

En Madrid, a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "SIST. INF. POBLACIONAL Y GEST.T.S.I.", cuya finalidad es la información básica de los ciudadanos usuarios del sistema sanitario público y solicitantes de tarjeta sanitaria u otro documento sanitario, que posibilitan la planificación y gestión de la asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento. Ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad D. G. de Atención Primaria - Subdirección de Coordinación de Atención Primaria y Aseguramiento
--------------	---

