

Identificador de la cita:
1EF0B839-2EEA-47C5-9438-22C657973884
Nº historia hospital destino:

Nº historia centro origen:

Nombre: **ALBERTO**
Apellidos: **GOMEZ GUERRERO**
Domicilio: **CALLE DE HUNGRIA 6 7, D**
Código postal: **28943**
Población: **FUENLABRADA**
CIP Autonómico: **1394158263**

DATOS DEL CENTRO PETICIONARIO:

Centro: **C.S. FRANCIA**
CIAS médico: **1609200103C**

Libre elección: **NO**
Hospital referencia:
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

CENTRO SANITARIO DE LA CITA

Centro: **C.E.P. EL ARROYO**
Domicilio: **CALLE DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 10 - 28944 FUENLABRADA**
Fecha de consulta: **02/08/2023** Hora: **12:28**
Servicio: **Traumatología**
Prestación: **CONSULTA PRIMERA**
Sala: **LOCAL 331** Localizador:
Médico: **Francisco Javier Garcia Lazaro** Agenda: **ARR_APL03**

- Si su **consulta es presencial**, cuando acuda deberá presentar, además de esta Nota de cita:
Tarjeta Sanitaria.
Documento Nacional de Identidad / Pasaporte / Tarjeta de Residencia (NIE).
Parte de interconsulta de su médico e informes previos si los tuviera.
- Si su **consulta es telefónica**, tenga a mano a la hora de la cita, la documentación clínica de la que disponga.
- Recuerde que cada consulta, ocupa el tiempo del profesional sanitario que le va a atender y priva a otra persona de ser atendida en su lugar. Si no va a atender la cita, se ruega que la anule para que quede disponible. Puede utilizar cualquiera de los medios siguientes:
Aplicación para móviles "**Cita sanitaria Madrid**".
En la página web <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cita-sanitaria>
Mediante los **terminales para citación** situados en Centros de Salud.
Contactar a través del teléfono **916083580** y elija la opción **CITA** y luego en el submenú, la opción **HOSPITALARIO**.
- Si acude al centro, le rogamos comunique cualquier variación de sus datos personales en el mostrador del Servicio de Admisión. Le agradecemos nos facilite todos los datos de contacto que puedan ayudarnos a localizarle ante cualquier circunstancia que se produzca.
- Si el profesional sanitario le prescribe una revisión o alguna prueba, obtendrá la consulta en el mismo centro donde ha sido atendido.
- La hora de la consulta es orientativa, cada paciente requiere un tiempo de atención, lo que puede ocasionar retrasos para los pacientes sucesivos.

Fecha/hora de impresión: 28/06/2023 a las 07:54 horas

**EJEMPLAR PARA EL INTERESADO****JUSTIFICANTE DE CONSULTA Y/O TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA**

D/Dª **ALBERTO GOMEZ GUERRERO** con documento **49017340Q**

Consulta día **02/08/2023**
Hora de citación, **12:28**

Centro: **C.E.P. EL ARROYO**

OBSERVACIONES:

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

TRAMITADO POR:

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es Gerencia Asistencial de Hospitales, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 Madrid. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Plaza Carlos Trias Bertrán, 7, 3ª planta, 28020 Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.