

HOSPITAL COMARCAL MINAS DE RIOTINTO	Procedimiento General Sistema Gestión de Calidad
SEGUNDA OPINIÓN DIAGNÓSTICA	
Versión 1. 25/01/2023	

Objetivo y Finalidad	Establecer los mecanismos necesarios para facilitar el derecho y el acceso de la segunda opinión diagnóstica a los usuarios.
Ámbito de aplicación y alcance	Todos los profesionales del Servicio que sean requeridos por los pacientes para una segunda opinión diagnóstica.
Responsabilidad	Personal del Área de Extracciones y personal administrativo deberán conocer este procedimiento en caso de solicitud El personal facultativo facilitará a los pacientes el formulario de solicitud e iniciará la gestión del procedimiento.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
SANDRA FUENTES CANTERO	MARTA RICO RODRÍGUEZ	GEMA MARÍA VARO SÁNCHEZ
Fecha: 25/01/2023	Fecha: 25/01/2023	Fecha: 25/01/2023

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS		
Nº EDICIÓN	FECHA	NATURALEZA DE LOS CAMBIOS Y PUNTOS AFECTADOS
Edición 1	25/01/2023	Edición inicial

1. FUNDAMENTO:

Todo usuario tiene derecho de solicitar una segunda opinión médica en los supuestos en los que los pacientes presenten una enfermedad con un pronóstico muy grave o fatal o en los casos en que presenten un tratamiento con un alto riesgo vital. Todos los supuestos y circunstancias para solicitar una segunda opinión diagnóstica están disponibles en la página web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En el enlace: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/circunstancias-solicitud-segunda-opinion.html>

En algunos casos, este derecho puede ser ejercido por otra persona en nombre del paciente afectado.

Entre las limitaciones que existen para la solicitud de este derecho están: si el paciente presenta tratamiento urgente, si se ha efectuado anteriormente otra solicitud de segunda opinión médica, o si la enfermedad ha sido diagnosticada en un Centro no dependiente del Sistema Público Andaluz de Salud.

2. DOCUMENTOS DE CONSULTA:

*Decreto 127/2003 de 13 de mayo, por el que se establece el derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

* ORDEN de 24 de agosto de 2004, por la que se desarrolla el Decreto 127/2003, de 13 de mayo, por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

3. DESARROLLO:

Ante el requerimiento de cambio de especialista o de segunda opinión diagnóstica por parte del usuario, será el facultativo el responsable de comunicar el procedimiento de actuación para ejercer el derecho del paciente. Para ello, el paciente debe rellenar el formulario del modelo de solicitud, –único para todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que figura como Anexo de esta Orden.

El modelo de solicitud está disponible en todos los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud y en la página web de la Consejería de Salud.

Una vez cumplimentada la solicitud, esta será presentada a la Unidad de Atención a la Ciudadanía de cualquiera de los centros sanitarios o administrativos dependientes de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud y en los registros que se establecen en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

ANEXO 1: Formulario Solicitud Segunda Opinión Diagnóstica

ANVERSO ANEXO 2

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Sistema Sanitario Público de Andalucía

CENTRO RECEPTOR DE LA SOLICITUD

Fecha recepción: ____/____/____.

Espacio reservado para firma y sello de la institución

Fdo.: _____
(Nombre y Apellidos)**SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

000964

1 DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDOS _____			
Nº TARJETA SANITARIA _____	Nº DOCUMENTO IDENTIDAD _____	EDAD	☐ Hombre ☐ Mujer
2 DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)			
NOMBRE Y APELLIDOS _____		Nº DOCUMENTO IDENTIDAD _____	
VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE ☐ Familiar ☐ Pareja de hecho ☐ Allegado ☐ Representante legal ☐ Otros			
CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA			
AUTORIZO A LA PERSONA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE PARA QUE ACTÚE EN MI NOMBRE PARA SOLICITAR Y RECIBIR EL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA		Fecha: ____/____/____ Firma del paciente _____	
3 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
DOMICILIO _____			
LOCALIDAD _____		PROVINCIA _____	C. POSTAL _____
TELÉFONO/S DE CONTACTO ____/____/____		CORREO ELECTRÓNICO _____	
LOS DATOS CORRESPONDEN AL: ☐ Paciente ☐ Solicitante			
4 DATOS DE CARÁCTER SANITARIO			
PROCESO ASISTENCIAL PARA EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA _____ _____			
NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO _____			
CAUSA DE LA SOLICITUD ☐ Confirmar diagnóstico ☐ Confirmar tratamiento propuesto ☐ Ambas			
5 LUGAR, FECHA Y FIRMA			
Los datos que declaro en la presente solicitud son ciertos, asumo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos y SOLICITO la emisión del correspondiente informe facultativo en el plazo establecido de 30 días hábiles, comprometiéndome durante este periodo a adoptar cualquier decisión que pudiera requerir el proceso asistencial objeto de esta solicitud. PRESTO MI CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.			
En _____ a ____ de _____ de _____ EL SOLICITANTE			
Fdo.: _____			

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y RESULTADOS EN SALUD DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD**INSTRUCCIONES GENERALES**

- Los apartados que rellenará exclusivamente el paciente o, en su caso, el solicitante serán relativos a "datos del paciente", "datos del solicitante", "datos a efectos de notificación", "datos de carácter sanitario" y el reservado a su firma. Se aconseja la utilización de letra mayúscula para facilitar la lectura de los datos.
- Los apartados, cuyo borde es de color gris, serán cumplimentados por la Administración.
- La solicitud deberá dirigirse a:
Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud
Unidad Central de Tramitación de Segunda Opinión Médica
Hospital Neurotraumatológico, carretera Bailén-Motril s/n, 23071 Jaén

DATOS IMPRESCINDIBLES

La no aportación de alguno de los datos que, a continuación, se especifican conllevará la suspensión temporal del procedimiento de tramitación de la solicitud de segunda opinión, en tanto no sea subsanada (plazo 10 días hábiles, sin contar los sábados) por el solicitante.

1. Datos del paciente

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Número de la tarjeta sanitaria.
- Documento de Identidad (número de DNI/pasaporte/carné de conducir), a partir de los 14 años cumplidos.

2. Datos del solicitante (este apartado es obligatorio cumplimentarlo cuando, quien hace la solicitud, no sea el propio paciente)

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Documento de Identidad (número de DNI/pasaporte/carné de conducir).
- En función del tipo de vinculación que mantenga con el paciente, marcará la casilla que corresponda (familiar, pareja de hecho, allegado o representante legal).
- Cuando se autorice expresamente a una persona, el paciente firmará en el recuadro correspondiente.

3. Datos a efectos de notificación (para cualquier comunicación y envío del informe de segunda opinión médica):

- Domicilio.
- Localidad.
- Provincia.
- Teléfono o teléfonos de contacto.
- En función de que el domicilio sea del paciente o bien del solicitante, se marcará la casilla que corresponda.

4. Datos de carácter sanitario

Los siguientes datos serán imprescindibles en el caso de no aportar copia del último informe clínico donde conste el diagnóstico o propuesta terapéutica para la que se pide la segunda opinión.

- Proceso asistencial para el que solicita segunda opinión médica (se especificará la enfermedad que padece o, en su caso, la propuesta terapéutica del médico especialista).
- Nombre del hospital donde le han efectuado el diagnóstico o le han propuesto el tratamiento.
- Causa por la que realiza la solicitud.

FIRMA DE LA SOLICITUD

- El paciente o solicitante estampará su firma en el apartado "firma de la solicitud".

DOCUMENTACIÓN PRECEPTIVA

- Si se presenta el documento original junto con la fotocopia no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original (como cuando la solicitud se envía por correo). El paciente solicitante puede ejercer su derecho directamente siempre que tenga los 16 años cumplidos.

1. Cuando el solicitante es el paciente:

- El solicitante es el paciente: Fotocopia del documento de identidad. Cuando el paciente sea un menor emancipado, fotocopia del documento judicial de emancipación y del de identidad.

2. Cuando exista autorización expresa del paciente:

- El solicitante es una persona expresamente autorizada por el paciente. Además de estar firmado por el paciente el apartado "autorización expresa del paciente" de este formulario, se adjuntará fotocopias del documento de identidad del paciente y del solicitante.

3. Cuando no exista autorización expresa del paciente:

- El solicitante es un familiar: Certificación médica que acredite la imposibilidad del paciente para formular por sí mismo la petición o fotocopia del mismo; fotocopia de un documento oficial que acredite su vinculación familiar con el paciente; fotocopia del documento de identidad del paciente y del solicitante.
- El solicitante es pareja de hecho del paciente: Certificación médica que acredite la imposibilidad del paciente para formular por sí mismo la petición o fotocopia del mismo; fotocopia de un documento oficial que acredite su vinculación como pareja de hecho con el paciente; fotocopia del documento de identidad del paciente y del solicitante.
- El solicitante es allegado al paciente: Certificación médica que acredite la imposibilidad del paciente para formular por sí mismo la petición o fotocopia del mismo; original de la declaración jurada que acredite su vinculación como allegado al paciente; fotocopia del documento de identidad del paciente y del solicitante.
- El solicitante es representante legal del paciente: Fotocopia de un documento oficial que acredite su vinculación legal con el paciente (padre, madre, tutor); fotocopia del documento de identidad del paciente (si lo tuviera) y del solicitante.

Cláusula de protección datos de segunda opinión médica

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- b) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para gestionar la segunda opinión médica, cuya base jurídica es el cumplimiento de una obligación legal.
- c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar información detallada en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos>

000964