

## Solicitud de configuración de seguridad

---

### Datos del/ de la paciente

---

Nombre y apellidos

DNI

Edad

---

Dirección

---

Código postal

Población

Teléfono

---

### Datos de la persona que actúa como representante legal <sup>1</sup>

---

Nombre y apellidos

DNI

---

<sup>1</sup> En el caso de menores o personas incapacitadas

## Configuración de seguridad de acceso a los datos

---

### Asignación de visitas y cambio de centro por Internet

---

- No quiere la prestación       La quiere con contraseña       La quiere sin contraseña

### Comunicaciones por correo electrónico

---

- No quiere recibir correos electrónicos
- Comunicaciones de tipo administrativo.
- Comunicaciones de datos clínicos y administrativos

### Comunicaciones por SMS

---

- No quiere recibir SMS
- Comunicaciones de tipo administrativo. Teléfono:
- Comunicaciones de datos clínicos y administrativos      Teléfono:

### Restricciones en las gestiones por teléfono (opcional)

---

- No poder anular visitas
- No dar información sobre las visitas por teléfono
- 

### Firmas

---

Firma del/de la pacient

Firma del/de la representante legal

Lugar y fecha

Lugar y fecha

---