

ANEXO I

Con fecha _____ de _____ de _____, a D./D^a. _____, titular de la Tarjeta Sanitaria CIP/CIA _____, con domicilio en _____, C/ _____, teléfono/correo electrónico _____, se le gestionó una cita en el Sistema de Salud de Aragón por indicación del facultativo de Atención Primaria para:

- La primera consulta de la especialidad _____
- La realización de:
 - Radiología simple
 - Tomografía Computerizada
 - Resonancia Magnética
 - Ecografía
 - Mamografía
 - Gastroscopia
 - Colonoscopia
 - Audiometría

Dicha cita le ha sido proporcionada para, el día ____ de _____ de _____ en el centro _____

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 116/2009, de 23 de junio sobre plazos máximos de respuesta en la asistencia sanitaria en el Sistema de Salud de Aragón, y habiendo sido superado el plazo máximo de respuesta previsto, objeto de garantía del citado Decreto

SOLICITO:

NUEVA CITACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO ANTERIORMENTE MENCIONADO.

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

Fdo.:

Servicio Provincial de Salud y Consumo

ANEXO II

DOCUMENTO ACREDITATIVO

D./D^a _____, Director del Servicio Provincial de _____, en virtud de la delegación de competencias, del Departamento de Salud y Consumo acredita que:

D./D^a _____, titular de la Tarjeta sanitaria CIP/CIA _____, con domicilio en _____ C/ _____, solicitó cita en el Sistema de Salud de Aragón por indicación del facultativo D./D^a _____ del Equipo de Atención Primaria _____ el día _____, para que le sea realizado un/una _____

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 116 /2009, de 23 de junio sobre plazos máximos de respuesta en la asistencia sanitaria en el Sistema de Salud de Aragón, y habiendo sido superado el plazo máximo de respuesta previsto, se le propone la realización de la asistencia sanitaria solicitada,

En el centro _____

El día _____

A las _____ horas

Queda anulada la citación del día _____ del Sistema de Salud de Aragón.

Una vez realizada la asistencia sanitaria deberá aportar tanto los informes clínicos como los resultados de cualquier procedimiento de diagnóstico realizados al médico del Centro de Salud desde el que se realizó la petición.

En..... a..... de... ..de.....

Fdo.:

ANEXO III

INFORME DEL CENTRO CONSULTA ESPECIALIZADA

| Datos del/ de la paciente y del/ de la representante legal | | | |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1º APELLIDO | 2º APELLIDO | NOMBRE | TIS: CIP/CIA |
| FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | DOMICILIO | |
| POBLACIÓN | PROVINCIA | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE la REPRESENTANTE LEGAL | | | DNI/NIF |
| EN CALIDAD DE | | DOMICILIO | |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO |

| Datos del Centro de Derivación | | |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| CENTRO / PROFESIONAL | CÓDIGO CENTRO | LOCALIDAD |
| DIRECCIÓN | PROVINCIA | CÓDIGO POSTAL |

| Informe del Centro de Derivación | | |
|--|--------------|----------|
| FACULTATIVO | Nº COLEGIADO | SERVICIO |
| Valoración clínica inicial: motivo de consulta, anamnesis y exploración | | |
| Pruebas y estudios complementarios | | |
| Juicio clínico, impresión diagnóstica | | |
| Plan terapéutico propuesto | | |
| Precisa revisión | | |
| En....., a.....de.....de..... El/La Facultativo/a Fdo.: | | |

ANEXO IV

TARIFAS MÁXIMAS A FACTURAR POR LA ASISTENCIA PRESTADA EN PROCESOS ASISTENCIALES, PRIMERAS CONSULTAS DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

| | Tarifa máxima € |
|--|-----------------|
| Consultas de Especializada | |
| Primera consulta | 95 |
| La tarifa indicada incluye las consultas necesarias hasta la obtención del diagnóstico. Igualmente comprende las pruebas diagnósticas (incluyendo analítica básica y radiología simple) y terapéuticas rutinarias que se consideren indicadas en cada especialidad para obtener el diagnóstico. | |
| Procedimientos Diagnósticos | Tarifa máxima € |
| Radiología simple | 20 |
| Tomografía Computerizada Estudio simple con o sin contraste | 88,25 |
| Tomografía Computerizada. Estudio doble con o sin contraste | 127,81 |
| Resonancia Nuclear Magnética. Estudio simple | 167,60 |
| Resonancia Nuclear Magnética Estudio doble | 234,63 |
| Plus de anestesia para RNM | 96,10 |
| Plus de contraste para RNM | 55,87 |
| Ecografía | 33,90 |
| Mamografía para diagnóstico | 50,61 |
| Colonoscopia sin biopsia | 81,32 |
| Colonoscopia con biopsia | 109,52 |
| Gastroscopia | 69,60 |
| Audiometría | 22,05 |