

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

A/A del Sr. Consejero

C/ Aduana nº 29; 28013, Madrid

Yo, D/Dª , con DNI nº , mayor de edad, con domicilio en
.....
.....

Manifiesto:

PRIMERO.- Que salvo en caso de riesgo para mi salud, y dado que en la Comunidad de Madrid existe un Área Sanitaria Única y libre elección de médico, por medio de la presente quiero comunicarle mi absoluto rechazo a ser atendido en los centros sanitarios privados, concertados o de gestión privada de dicha comunidad.

SEGUNDO.- Que, en consecuencia, sólo deseo ser atendida/o en hospitales públicos y, preferentemente, en el hospital público más cercano a mí domicilio:

TERCERO.- Que si por razón de la especialidad, u otros motivos de carácter clínico, deba ser trasladada/o, deseo que mi atención sanitaria continúe en centros sanitarios de gestión pública.

CUARTO.- Por ello solicito que se provea al citado hospital de los medios necesarios para que pueda seguir cuidando de mi salud y la de los míos, como ha venido haciéndolo durante los últimos años."

Lo que hago constar a los efectos oportunos (con el ruego de que se proceda al oportuno registro de la copia que adjunto) y lo firmo en , a de de 2013.

Fdo.: