

## Informe/Certificado Médico del Servicio Público de Salud para la Prestación Económica por Cuidado de Menores Afectados por Cáncer u Otra Enfermedad Grave

### 1. Datos del SOLICITANTE

Apellidos y Nombre: ..... DNI/NIE: .....

### 2. Datos del MENOR

Apellidos y Nombre: ..... DNI/NIE: .....

Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

### 3. Información del MÉDICO del SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Apellidos y Nombre: ..... Nº colegiado: .....

Especialidad:.....

### 4. Información sobre la ENFERMEDAD del menor

Diagnóstico: ..... CIE – 9 (1): .....

Para cuyo diagnóstico ha permanecido hospitalizado desde el ...../...../..... hasta el ...../...../..... .

Requiere continuar el tratamiento: .....

Y requiere los siguientes cuidados directos, continuos y permanentes análogos al de una hospitalización (2):  
.....  
.....

Periodo de duración estimado: Desde el ...../...../..... hasta el ...../...../.....

### 5. SEGUIMIENTO MÉDICO

Está siendo tratado: ☐ En el Servicio Público de Salud

☐ En clínica privada <sup>(3)</sup>: .....

Y para que así conste, se expide y firma el presente certificado en ....., a ..... de ..... de 20..... .

Sello y firma del Colegiado del SPS

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, incluidos datos especialmente protegidos, serán tratados como Responsable por MUTUA NAVARRA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad de tramitarle la solicitud y gestionar la prestación solicitada. La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Dichos datos podrán ser cedidos al INSS y al Instituto Navarro de Salud Laboral en cumplimiento de la Ley.

Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del tratamiento, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

Se le comunica que puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, [dpd@mutuнавarra.es](mailto:dpd@mutuнавarra.es)

Más información acerca del tratamiento de datos que realiza Mutua Navarra en [www.mutuнавarra.es](http://www.mutuнавarra.es).

(1) Indicar el Código de diagnóstico que aparece en el listado de enfermedades de la Orden Ministerial.

(2) En caso de ser necesario, adjuntar informe complementario.

(3) En caso de que el tratamiento del menor se esté llevando por un centro privado, adjuntar informes médicos del mismo.