**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS POR DESPLAZAMIENTO TEMPORAL**

Se solicita a la Subdirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud el tratamiento por insuficiencia respiratoria, según las indicaciones del especialista, por desplazamiento temporal del paciente a:

DATOS DEL PACIENTE

Nº SEG.SOCIAL:

TELÉFONO CONTACTO:

DNI:

NOMBRE Y APELLIDOS:

LUGAR DE DESPLAZAMIENTO:

LUGAR DESPLAZAMIENTO:

HASTA:

DESDE:

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EXIGIDA PARA APORTAR JUNTO A LA SOLICITUD:

* FOTOCOPIA DNI
* FOTOCOPIA TARJETA SANITARIA
* FOTOCOPIA ULTIMO INFORME