

ANEXO III-5

MODELO DE RECHAZO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

D/D^a....., profesional sanitario de la Generalitat, que presta sus servicios en

*1.....con Categoría profesional de

*2....., declaro que D/D^a

*3....., en su calidad de

*4....., ha participado presuntamente en una agresión que ha afectado a

*5.....

..... y, por ello, mediante el presente escrito formulo

RECHAZO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL O LA PACIENTE, de acuerdo con lo que establece el artículo 10.3 y 4 del Decreto 74/2015, de 15 de mayo, del Consell, por el que se regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su registro autonómico, del que se deduce que el personal sanitario puede rechazar la continuidad asistencial de una o un paciente que estaba siendo atendido por él, por razones de salvaguarda de la buena relación personal sanitario paciente o a la vista de la motivación contenida en el informe del personal sanitario o del servicio de atención especializada.

Los motivos concretos que alego son los siguientes:.....

..... y, en base a lo anterior, solicito:

.....

.....

.....

.....

Lugar, fecha y firma:

***6 PERSONA DESTINATARIA: EN FUNCIÓN DEL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

***6 PERSONA DESTINATARIA: EN FUNCIÓN DEL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

*1 Determinar el centro de trabajo donde presta servicios la persona profesional firmante.

*2 Señalar la categoría profesional de la persona firmante.

*3 Citar el nombre del presunta persona agresora.

*4 Especificar si la presunta persona agresora es paciente de la persona firmante o una persona allegada de la presunta agresora.

*5 Decir si la agresión ha afectado a su persona o a otro empleado del centro sanitario.

*6 Jefatura de Zona Básica, Gerencia del Departamento o Comisionado de la Consellería.