

A faded, grayscale image of a person, possibly a healthcare professional, is visible on the left side of the slide, partially obscured by the blue text box.

**ASISTENCIA A  
EXTRANJEROS  
NO  
ASEGURADOS SNS**

**EXTRANJEROS  
SIN NIE O NIE NO VÁLIDO  
(posterior a 24/4/2012)**



**NO TSI**

## 1. Asistencia en Situaciones Especiales

- Menores de edad (<18 años)
- Mujeres embarazadas
- Víctimas trata de personas
- Solicitantes de Protección Internacional (Asilo)



## 2. Convenios Especiales de Asistencia Sanitaria

**3. Atención de Urgencia:** por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

## Gestión DASSE: Comunidad de Madrid

DASSE: DOCUMENTO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN SITUACIONES ESPECIALES

	<u>Validez</u>	<u>Tramitación</u>	<u>Emisión</u>
<b>Menores de edad</b>	Hasta 18 años	Ficha B.7	CS
<b>Mujeres embarazadas</b>	11 meses	Ficha B.9	CS
➤ <b>Víctimas trata de personas</b>	Periodo Reflexión	Ficha B.9	SCAPyA
➤ <b>Protección Internacional (Asilo)</b>	Asilo/Apátrida	Ficha B.9	SCAPyA

ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE	CONTENIDORA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
<b>RECETA MEDICAL - COMUNIDAD DE MADRID</b> PRESCRIPCIÓN (Contiene el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Tipo: <input type="checkbox"/> receta ordinaria <input type="checkbox"/> receta urgente Nº orden dispensación: <input type="text"/> Fecha prevista dispensación: / / Información al farmacéutico a visado, en su caso:	Duración del tratamiento: Posología: envases: <input type="text"/> unidades <input type="text"/> envases Nº orden dispensación: <input type="text"/> Fecha prevista dispensación: / / Información al farmacéutico a visado, en su caso:	Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación): Prescriptor (ámbito de identificación y firma):	
	CUPÓN PRECANTO O CAMBIADO: <input type="checkbox"/> CUPÓN PRECANTO O CAMBIADO: <input type="checkbox"/> Fecha de Farmacovigilancia: / / Fecha de dispensación: / /	Códigos de receta: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desplazamiento <input type="checkbox"/> Prescripción de urgencia Fecha de Farmacovigilancia: / /	F003: 40% En cumplimiento del art. 6 de la Ley Orgánica 16/96 se indica de que este dato será incorporado al sistema para la gestión y control de la prestación farmacéutica, con alguna excepción en: "Puede operar con dispensa de control, modificación, cancelación y reposición ante...".
	La validez de este modelo expira a los 10 días de otorgar la receta prevista para dispensación en el ámbito de la receta de prescripción. La modificación respecto de cualquier otro tipo de receta de prescripción, la receta de visado para una única dispensación en la farmacia.	CÓDIGO DE RECETA:	En cumplimiento del art. 6 de la Ley Orgánica 16/96 se indica de que este dato será incorporado al sistema para la gestión y control de la prestación farmacéutica, con alguna excepción en: "Puede operar con dispensa de control, modificación, cancelación y reposición ante...".

ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE	CONTENIDORA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
<b>INTERNACIONAL (ASILY) - COMUNIDAD DE MADRID</b> PRESCRIPCIÓN (Contiene el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Tipo: <input type="checkbox"/> receta ordinaria <input type="checkbox"/> receta urgente Nº orden dispensación: <input type="text"/> Fecha prevista dispensación: / / Información al farmacéutico a visado, en su caso:	Duración del tratamiento: Posología: envases: <input type="text"/> unidades <input type="text"/> envases Nº orden dispensación: <input type="text"/> Fecha prevista dispensación: / / Información al farmacéutico a visado, en su caso:	Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación): Prescriptor (ámbito de identificación y firma):	
	Disposición (p. proceso): Información al farmacéutico a visado, en su caso:	Códigos de receta: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desplazamiento <input type="checkbox"/> Prescripción de urgencia Fecha de Farmacovigilancia: / /	F004: 50% En cumplimiento del art. 6 de la Ley Orgánica 16/96 se indica de que este dato será incorporado al sistema para la gestión y control de la prestación farmacéutica, con alguna excepción en: "Puede operar con dispensa de control, modificación, cancelación y reposición ante...".
	El presente contenedor será documento de liberación cuando se pida el control de tratamiento.	CÓDIGO DE RECETA:	En cumplimiento del art. 6 de la Ley Orgánica 16/96 se indica de que este dato será incorporado al sistema para la gestión y control de la prestación farmacéutica, con alguna excepción en: "Puede operar con dispensa de control, modificación, cancelación y reposición ante...".

Documentación: Instituciones/CS



**Código CIPA + CIP SNS**

**DOCUMENTO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA**

<b>DATOS PERSONALES</b>			
CITE:	CIPA:	Nombre:	
Apellidos:		C.A. Nacimiento:	
País Nacimiento:		Localidad Nacimiento:	
Fecha Nacimiento:	Sexo:	Tipo de Usuario: <i>TIB (Asesoración tipo "General Titular Normal")</i>	
Extranjero (Si/No):	DNI/NIE:	Pasaporte:	
Comunitario (Si/No/Apatrida):	Nacionalidad:		
Nº Tarjeta País de origen:	Nº Tarjeta de Residente:	Caducidad: ___/___/___	
Nº Afiliación Propio:	Nº Afiliación Asistencia:		

<b>DATOS DOMICILIO</b>			
Dirección:			
Población:			
Código Postal:	Telefonos:	E-mail: <a href="mailto:xxxx@xxxxxx.es">xxxx@xxxxxx.es</a>	

<b>DATOS ASISTENCIALES (y en todo caso para la asistencia a domicilio)</b>			
Centro de Salud/Consultorio:	Dirección:		
Telefonos Cita:	Teléfono Urgencias: 112	E-Mail:	

<b>DATOS DEL FACULTATIVO ASIGNADO</b>			
Facultativo: D/Dña:		Puesto:	(CIAS)
Centro de Salud/Consultorio:	Dirección:		
Telefonos Cita:	Teléfono Urgencias: 112	E-Mail:	

<b>DATOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ASIGNADO</b>			
Enfermero/a: D/Dña:		Puesto:	(CIAS)
Centro de Salud/Consultorio:	Dirección:		
Telefonos Cita:	Teléfono Urgencias: 112	E-Mail:	

<b>HOSPITAL CORRESPONDIENTE A LA ZONA BÁSICA DE SALUD</b>			
<i>Indicar el Hospital correspondiente</i>			

Firma del usuario	Sello del Centro
Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa	Fecha: dd/mm/aaaa

Los datos personales de este formulario van a ser incorporados al fichero "Sistema de Información Poblacional y de Gestión de la Tarjeta Sanitaria Individual". Los datos recogidos son los pertinentes y necesarios para la identificación del usuario y de los profesionales elegidos y para la expedición de la Tarjeta Sanitaria Individual, que acredita el derecho a la asistencia sanitaria pública. Para ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en su caso, se le informa que el Organismo de la Administración responsable del fichero es la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

Los datos personales recogidos serán tratados en los términos del artículo 6 de la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, de conformidad con los principios dispuestos en la misma, así como a lo preceptuado en el art. 9 de la Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia, o si tiene usted alguna sugerencia que permita mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

Doy mi consentimiento para que mis datos de identidad personal así como los de mi domicilio y residencia puedan ser comprobados mediante el Sistema de Verificación de Datos establecido por la Administración.

**DASSE:**

**Documento  
para la  
Asistencia Sanitaria en  
Situaciones Especiales.**

**Gestión en la  
Comunidad de Madrid**

**(Anexo 2.F del Manual)**

