

GOBIERNO
DE ESPAÑAMINISTERIO
PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO E IGF-1

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación(UE)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica actual	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		Teléfono	
Domicilio		Código postal y localidad		Provincia	País
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN					
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)		Relación con el titular	
SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUEN POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.					

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (*Rellene con las opciones elegidas*)A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente**:

Servicio postal

Otros (indíquese)

y como segundo lugar de notificación (*cumpliméntese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"*):

Domicilio particular

Domicilio laboral

Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

Declaro expresamente:

- Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- Que no he formulado solicitud, ni recibido ayuda por los mismos hechos, de ningún otro servicio de MUFACE, ni de ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado
(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL : De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo.

Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por el Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface.

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "[Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad](#): ".

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

• PASE SIEMPRE A LA PÁGINA SIGUIENTE

TRATAMIENTO	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
<i>Marque con "X" la cuadrícula correspondiente.</i>	<i>Se acompañarán siempre los documentos que se indican para cada supuesto.</i>
HORMONA DE CRECIMIENTO NIÑOS – <i>INICIO</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Inicio Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Consentimiento informado. - Informe radiológico de edad ósea. - Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla. - Informes complementarios requeridos en protocolo según patología de base.
HORMONA DE CRECIMIENTO NIÑOS – <i>SEGUIMIENTO</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Seguimiento Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla. - Informes complementarios requeridos en protocolo según patología de base.
HORMONA DE CRECIMIENTO ADULTOS – <i>INICIO</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Inicio Adultos cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Consentimiento informado. - Informes complementarios, si procede.
HORMONA DE CRECIMIENTO ADULTOS – <i>SEGUIMIENTO</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Seguimiento Adultos cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. No olvidar indicar si ha aparecido alguna contraindicación para el tratamiento.
IGF-1 RECOMBINANTE NIÑOS – <i>INICIO</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Inicio Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Consentimiento informado. - Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla. - Informe estudio genético.
IGF-1 RECOMBINANTE NIÑOS – <i>SEGUIMIENTO</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Seguimiento Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla.
OTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA:	

GOBIERNO
DE ESPAÑAMINISTERIO
PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO E IGF-1

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación(UE)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica actual	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		Teléfono	
Domicilio		Código postal y localidad		Provincia	País
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN					
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)		Relación con el titular	
SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUEN POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.					

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (*Rellene con las opciones elegidas*)A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente**:

Servicio postal

Otros (indíquese)

y como segundo lugar de notificación (*cumpliméntese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"*):

Domicilio particular

Domicilio laboral

Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

Declaro expresamente:

- c) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
d) Que no he formulado solicitud, ni recibido ayuda por los mismos hechos, de ningún otro servicio de MUFACE, ni de ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado
(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL : De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo.

Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por el Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface.

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "[Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad](#): ".

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

• PASE SIEMPRE A LA PÁGINA SIGUIENTE

TRATAMIENTO	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
<i>Marque con "X" la cuadrícula correspondiente.</i>	<i>Se acompañarán siempre los documentos que se indican para cada supuesto.</i>
HORMONA DE CRECIMIENTO NIÑOS – INICIO	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Inicio Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Consentimiento informado. - Informe radiológico de edad ósea. - Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla. - Informes complementarios requeridos en protocolo según patología de base.
HORMONA DE CRECIMIENTO NIÑOS – SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Seguimiento Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla. - Informes complementarios requeridos en protocolo según patología de base.
HORMONA DE CRECIMIENTO ADULTOS – INICIO	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Inicio Adultos cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Consentimiento informado. - Informes complementarios, si procede.
HORMONA DE CRECIMIENTO ADULTOS – SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Seguimiento Adultos cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. No olvidar indicar si ha aparecido alguna contraindicación para el tratamiento.
IGF-1 RECOMBINANTE NIÑOS – INICIO	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Inicio Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Consentimiento informado. - Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla. - Informe estudio genético.
IGF-1 RECOMBINANTE NIÑOS – SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Seguimiento Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. - Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla.
OTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA:	