

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 <i>(Rellene con <input checked="" type="checkbox"/> las opciones elegidas)</i>		
A los efectos de la notificación, el interesado señala como <b>medio preferente</b> :		
Servicio postal		Otros (indíquese)
y como segundo lugar de notificación <i>(cumplimentese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular" )</i> :		
Domicilio particular		Domicilio laboral
Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)		Otro domicilio
Localidad		Código postal
Provincia		Teléfono número

Declaro expresamente:

a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

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

EJEMPLAR PARA MUFACE

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

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 <i>(Rellene con <input checked="" type="checkbox"/> las opciones elegidas)</i>		
A los efectos de la notificación, el interesado señala como <b>medio preferente</b> :		
Servicio postal		Otros (indíquese)
y como segundo lugar de notificación <i>(cumplimentese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular" )</i> :		
Domicilio particular		Domicilio laboral
Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)		Otro domicilio
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)	
<p><b>PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL</b> : 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.</p> <p>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.</p> <p>Más información en el apartado "<a href="#">Privacidad y protección de datos</a>" de la página web de Muface.</p> <p>Delegado de Protección de Datos de la Mutuality: "<a href="#">Delegado de Protección de Datos de la Mutuality</a>".</p>		

EJEMPLAR PARA DEVOLVER AL INTERESADO

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>
<b>HORMONA DE CRECIMIENTO</b>  NIÑOS – <i>INICIO</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Protocolo de Inicio Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad.</li><li>- Consentimiento informado.</li><li>- Informe radiológico de edad ósea.</li><li>- Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla.</li><li>- Informes complementarios requeridos en protocolo según patología de base.</li></ul>
<b>HORMONA DE CRECIMIENTO</b>  NIÑOS – <i>SEGUIMIENTO</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Protocolo de Seguimiento Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad.</li><li>- Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla.</li><li>- Informes complementarios requeridos en protocolo según patología de base.</li></ul>
<b>HORMONA DE CRECIMIENTO</b>  ADULTOS – <i>INICIO</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Protocolo de Inicio Adultos cumplimentado por el médico especialista en su totalidad.</li><li>- Consentimiento informado.</li><li>- Informes complementarios, si procede.</li></ul>
<b>HORMONA DE CRECIMIENTO</b>  ADULTOS – <i>SEGUIMIENTO</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Protocolo de Seguimiento Adultos cumplimentado por el médico especialista en su totalidad. No olvidar indicar si ha aparecido alguna contraindicación para el tratamiento.</li></ul>
<b>IGF-1 RECOMBINANTE</b>  NIÑOS – <i>INICIO</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Protocolo de Inicio Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad.</li><li>- Consentimiento informado.</li><li>- Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla.</li><li>- Informe estudio genético.</li></ul>
<b>IGF-1 RECOMBINANTE</b>  NIÑOS – <i>SEGUIMIENTO</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Protocolo de Seguimiento Niños cumplimentado por el médico especialista en su totalidad.</li><li>- Gráficas de velocidad de crecimiento y peso/talla.</li></ul>
OTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA:	