

AUTORIZACIÓN PARA RECOGIDA DE MATERIAL FUNGIBLE
DE BOMBAS DE INSULINAS y/o SENSORES CONTINUOS DE GLUCOSA

Datos personales

Nombre y apellidos:

Número de Identificación Paciente (NIP)¹:

Número DNI:

Fecha de nacimiento:

Domicilio

Calle:

Número:

Piso, escalera, puerta:

Localidad:

Municipio:

Código Postal:

Tfno de contacto:

Farmacia habitual;

Autorizo al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Tenerife y/o Cooperativa Farmacéutica de Tenerife a recoger en el Hospital _____, servicio de

endocrinología y nutrición² o servicio de pediatría³, mi material fungible para el siguiente dispositivo/s:

Bomba infusión continua de insulina

Sensor continuo de glucosa

Firma el interesado o padre, madre o tutor legal de menor de edad

ESCANEAR ESTA AUTORIZACIÓN y
REMITIRLA AL CORREO:
victoria.revilla@coftenerife.es

¹ **EL Número de Identificación del Paciente (NIP)** se encuentra en las etiquetas adhesivas que facilitan en los hospitales para las consultas, peticiones de analíticas y recogida de fungibles de sensores de glucosa y bombas de insulina.

² **Servicio endocrinología del Hospital Universitario de Canarias;** Planta 4 edificio de consultas
Servicio de endocrinología del Hospital Universitario Nstra. S^a de Candelaria; Planta 4 edificio de la escuela universitaria de enfermería

³ **Servicio de pediatría del Hospital Universitario de Canarias;** Planta 4 – edif. Consultas
Servicio de pediatría del Hospital Universitario Nstra. S^a de Candelaria; Planta 1 edificio de la escuela universitaria de enfermería