

III. OTRAS DISPOSICIONES**SERVICIO GALLEGO DE SALUD**

RESOLUCIÓN de 13 de abril de 2026 por la que se procede a la apertura de un periodo de elección del provisor de asistencia sanitaria especializada en el Área Sanitaria de Vigo.

El Servicio Gallego de Salud formalizó, con fecha 11 de abril de 2025, un contrato con la entidad Hospital Povisa, S.A. para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria especializada incluidos en su cartera de servicios a la población beneficiaria de la Seguridad Social y protegida por el Servicio Gallego de Salud que libremente lo elija, asignada a los centros de salud de los ayuntamientos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar y aquellos otros del Ayuntamiento de Vigo que la Administración determine.

En la cláusula 1.2 del pliego de prescripciones técnicas particulares de este concierto se establece que la Gerencia del Servicio Gallego de Salud, mediante resolución, establecerá el procedimiento y el plazo para que los beneficiarios de la Seguridad Social que tiene la obligación de proteger puedan elegir libremente al provisor de asistencia sanitaria especializada.

Con el objeto de hacer efectiva la posibilidad de elección indicada, por medio de la presente,

ACUERDO:

Primero. Los beneficiarios de la Seguridad Social de los centros de salud de los ayuntamientos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar, así como los de los centros de salud de Coia, Bouzas, Coruxo, Navia, Pintor Colmeiro, Olimpia Valencia y Rosalía-Beiramar, estos últimos en el ayuntamiento de Vigo, podrán solicitar la inclusión en el Complejo Hospitalario de la Gerencia de Área Sanitaria de Vigo, o ser asignados al área de Povisa como provisosores de asistencia sanitaria especializada.

Segundo. La solicitud de cambio de provisor de asistencia sanitaria especializada la efectuará la persona interesada (solicitante) o mediante un/una tutor/a legal, quien aportará la siguiente documentación:

a) Solicitud del acuerdo con los modelos que estarán disponibles en la página web del Servicio Gallego de Salud (www.sergas.es).



b) Documento acreditativo de identidad de la persona solicitante: DNI, pasaporte, o documento de identidad de su país.

c) Para las personas extranjeras: documento acreditativo de su residencia legal en España: tarjeta de identidad de extranjero (TIE), pasaporte o visado.

Los documentos deberán ser presentados en el momento de formular la solicitud.

En caso de presentar la solicitud un/a tutor/a o persona autorizada:

– Fotocopia del DNI, TIE o pasaporte del/de la representante.

– Documento acreditativo de la tutela legal o, en su caso, original de la autorización específica del/de la interesado/a.

La solicitud se presentará en el centro de salud que por razón de residencia corresponda a la persona interesada, o en los servicios de admisión de cualquiera de los centros hospitalarios integrados en el Área Sanitaria de Vigo.

Si la documentación presentada no está completa o tiene algún defecto, se requerirá a la persona interesada para que, en un plazo de diez días, subsane la falta con la indicación de que, si así no lo hiciere, se considerará que desiste de su petición.

Tercero. También será posible efectuar la opción de cambio a través de internet, en las condiciones que se explicitan en la página web del Servicio Gallego de Salud (www.sergas.es).

Cuarto. No será posible tramitar la opción de cambio en los siguientes supuestos:

a) Mientras la persona usuaria esté hospitalizada en uno u otro hospital, o bien cuando haya iniciado un tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia.

b) Cuando las solicitudes recibidas rebasen el límite máximo de personas usuarias que Povisa puede tener asignadas según el concierto.

Quinto. El período para que los beneficiarios de la Seguridad Social indicados en el acuerdo primero de la presente resolución ejerzan su derecho a elegir libremente al proveedor de asistencia sanitaria especializada será el comprendido entre los 30 días naturales contados a partir del día siguiente al de la publicación de esta resolución en el *Diario Oficial de Galicia*.



Sexto. Las solicitudes de cambio para uno u otro hospital se entenderán estimadas si se cumplen las condiciones referidas en la presente resolución, siendo la fecha de cambio la que corresponda a su mecanización efectiva en la Unidad de Tarjeta Sanitaria. Los usuarios se podrán informar de este aspecto en el área administrativa de su centro de salud.

Las solicitudes desestimadas se comunicarán siempre mediante un escrito en el que conste el motivo de la desestimación.

Séptimo. La presente resolución se publicará en el *Diario Oficial de Galicia*.

Santiago de Compostela, 13 de abril de 2026

José Ramón Parada Jorgal
Gerente del Servicio Gallego de Salud



MODELO DE SOLICITUD I
(Designación del Complejo Hospitalario Universitario de la Gerencia de Área Sanitaria de Vigo como centro provisor de asistencia sanitaria especializada)

DATOS DEL SOLICITANTE

CIP	<input type="text"/>		
APELLIDOS Y NOMBRE	<input type="text"/>		
NÚM. de NIF/NIE	<input type="text"/>	NÚM. de PASAPORTE	<input type="text"/>
		CENTRO DE SALUD	<input type="text"/>
CÓDIGO SNS	<input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>		
DOMICILIO	<input type="text"/>		
AYUNTAMIENTO	<input type="text"/>	PARROQUIA	<input type="text"/>
LUGAR	<input type="text"/>	C. POSTAL	<input type="text"/>
TELÉFONO	<input type="text"/>	TELÉFONO MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>		

DATOS DEL REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE	<input type="text"/>		
NÚM. de NIF/ NIE	<input type="text"/>	NÚM. de PASAPORTE	<input type="text"/>

TIPO DE REPRESENTACIÓN
 REPRESENTANTE LEGAL GUARDADOR DE HECHO REPRESENTANTE

Por el presente documento se solicita ser asignado al Complejo Hospitalario Universitario de la Gerencia de Área Sanitaria de Vigo como centro provisor de asistencia sanitaria especializada.

La presente lleva implícita la permanencia en esta asignación hasta la apertura del siguiente período anual para su ejercicio.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en esta solicitud,
- Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos, entre ellos el acceso a los datos del DNI por medios digitales, necesarias para acreditar los datos declarados con los que consten en poder de las distintas administraciones públicas competentes,
- Que actualmente no estoy ingresado/a en ningún centro hospitalario ni he comenzado ningún tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia,

Localidad y fecha

.....de.....de.....

Firmado

(Nombre y apellidos)

 En calidad de: SOLICITANTE REPRESENTANTE

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

Le informamos de que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros inscritos en el Registro General de Protección de Datos bajo la responsabilidad de la Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos; todo esto de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre. El/La firmante autoriza el tratamiento de sus datos.

El/La firmante autoriza la cesión de los datos de carácter personal facilitados a terceros o a los encargados del tratamiento que autorice la Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud, que se obligarán a dedicarlos en exclusiva a la finalidad con la que fueron creados los ficheros de datos.

CONDICIONES DE USO DEL PROGRAMA DE COMUNICACIÓN CON LA CIUDADANÍA:

Usted participa de modo voluntario en el programa de comunicación telemática.

Este servicio sólo estará disponible para los/las usuarios/as que aporten su información de contacto.

En el momento de entrega de esta solicitud deberá identificarse presentando su DNI.

En caso de solicitar información sobre personas a las que represente legalmente, deberá acreditar este hecho de manera documental.

Autoriza expresamente a que la Consellería de Sanidad le realice notificaciones a través de los números de teléfono (fijo y móvil) y de la cuenta de correo electrónico facilitados.

La recepción de mensajes SMS será gratuita para el/la paciente.

La recepción errónea de avisos, o su no recepción o lectura, carecerá de efectos jurídicos en los respectivos procedimientos. La Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud no se hace responsable de las consecuencias jurídicas derivadas de la no recepción o de la recepción incorrecta de estos mensajes.

CVE-DOG: yx2bem23-c4q4-b8b1-gza3-2mmaprtxaun1



MODELO DE SOLICITUD II
(Designación de Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada)

DATOS DEL SOLICITANTE

CIP	<input type="text"/>		
APELLIDOS Y NOMBRE	<input type="text"/>		
NÚM. de NIF/NIE	<input type="text"/>	NÚM. de PASAPORTE	<input type="text"/>
		CENTRO DE SALUD	<input type="text"/>
CÓDIGO SNS	<input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>		
DOMICILIO	<input type="text"/>		
AYUNTAMIENTO	<input type="text"/>	PARROQUIA	<input type="text"/>
LUGAR	<input type="text"/>	C. POSTAL	<input type="text"/>
TELÉFONO	<input type="text"/>	TELÉFONO MÓVIL	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>		

DATOS DEL REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE	<input type="text"/>		
NÚM. de NIF/NIE	<input type="text"/>	NÚM. de PASAPORTE	<input type="text"/>

TIPO DE REPRESENTACIÓN
 REPRESENTANTE LEGAL GUARDADOR DE HECHO REPRESENTANTE

Por el presente documento se solicita ser asignado a Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada.

La presente lleva implícita la permanencia en esta asignación hasta la apertura del siguiente período anual para su ejercicio.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

<ul style="list-style-type: none"> - Que son ciertos los datos consignados en esta solicitud, - Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos, entre ellos el acceso a los datos del DNI por medios digitales, necesarias para acreditar los datos declarados con los que consten en poder de las distintas administraciones públicas competentes, - Que actualmente no estoy ingresado/a en ningún centro hospitalario ni he comenzado ningún tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia, <p><i>Localidad y fecha</i></p> <p>.....de.....de.....</p> <p>Firmado</p> <p align="center"><i>(Nombre y apellidos)</i></p> <p>En calidad de: <input type="checkbox"/> SOLICITANTE <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE</p>

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

Le informamos de que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros inscritos en el Registro General de Protección de Datos bajo la responsabilidad de la Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos; todo esto de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. El/La firmante autoriza el tratamiento de sus datos. El/La firmante autoriza la cesión de los datos de carácter personal facilitados a terceros o a los encargados del tratamiento que autorice la Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud, que se obligarán a dedicarlos en exclusiva a la finalidad con la que fueron creados los ficheros de datos.

CONDICIONES DE USO DO PROGRAMA DE COMUNICACIÓN COA CIUDADANÍA:

Usted participa de modo voluntario en el programa de comunicación telemática. Este servicio sólo estará disponible para los/las usuarios/as que aporten su información de contacto. En el momento de entrega de esta solicitud deberá identificarse presentando su DNI. En caso de solicitar información sobre personas a las que represente legalmente, deberá acreditar este hecho de manera documental. Autoriza expresamente a que la Consellería de Sanidad le realice notificaciones a través de los números de teléfono (fijo y móvil) y de la cuenta de correo electrónico facilitados. La recepción de mensajes SMS será gratuita para el/la paciente. La recepción errónea de avisos, o su no recepción o lectura, carecerá de efectos jurídicos en los respectivos procedimientos. La Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud no se hace responsable de las consecuencias jurídicas derivadas de la no recepción o de la recepción incorrecta de estos mensajes.

CVE-DOG: yx2bem23-c4q4-b8b1-gza3-2mmaprtxaun1

