

# Impreso para elegir centro de salud/unidad de atención de sanidad

También puede elegir a través de 1177 Vårdguiden [www.regiondalarna.se/etjanster](http://www.regiondalarna.se/etjanster)

## Datos personales

Por favor escriba con letra de imprenta

n° personal de identidad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre

.....

Dirección

.....

Código postal, población n° de teléfono

.....

Los datos son manejados conforme a la ley de protección de datos del paciente y la ley de protección de datos de carácter personal.

## Ponga una X delante del centro de salud/unidad de atención de sanidad que elija

Más tarde le llegará por correo directamente al buzón de su casa una confirmación del centro de salud/la unidad de atención de sanidad que haya elegido.

### Avesta kommun

- Vårdcentral Avesta
- Vårdcentral Avestahälsan
- Vårdcentral Koppardalen

### Borlänge kommun

- Vårdcentral Domnarvet
- Vårdcentral Jakobsgårdarna
- Vårdcentral Kvarnsveden
- Vårdcentral Läkarhuset Borlänge

### Falu kommun

- Vårdcentral Britsarvet-Grycksbo M
- Falu Vårdcentral
- Vårdcentral Kvarnporten
- Vårdcentral Norslund-Svärdsjö M
- Vårdcentral Tisken M

### Gagnefs kommun

- Vårdcentral Gagnef

### Hedemora kommun

- Vårdcentral Hedemora
- Vårdcentral Långshyttan

### Leksands kommun

- Vårdcentral Leksand

### Ludvika kommun

- Vårdcentral Engelbrekt M
- Vårdcentral Ludvika-Grängesberg
- Vårdcentral Sunnansjö

### Malung-Sälens kommun

- Vårdcentral Malung
- Vårdcentral Sälen

### Mora kommun

- Vårdcentral Mora M

M Har mottagningsverksamhet på flera orter. Kontakta vårdcentralen för mer information.

### Orsa kommun

- Vårdcentral Orsa

### Rättviks kommun

- Vårdcentral Rättvik

### Smedjebackens kommun

- Vårdcentral Smedjebacken

### Sätters kommun

- Vårdcentral Säter

### Vansbro kommun

- Vårdcentral Vansbro

### Älvdalens kommun

- Vårdcentral Särna
- Vårdcentral Älvdalen

## Firma

El titular de la patria potestad deberá firmar por los menores de 18 años. Si se elige mediante procurador, el procurador firma.

Fecha..... Firma.....

Aclaración de firma.....

Debe ponerse el nombre, n° personal de identidad, fecha y firma para que la elección sea válida.

Envíe el impreso llenado a:

**Region Dalarna, Vårdvalsenheten, Vårdval Primärvård, Box 712, 791 29 Falun.**