

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Nº Rº: _____

Nº HC: _____

Identificación del Paciente

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Teléfono/s: _____ / _____ / _____

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Pruebas:

Informes Médicos de los Servicios de:

Otros (especificar):

RECOGER EN MANO: SI NO

LA DOCUMENTACIÓN ES SOLICITADA POR: (señalar lo que proceda):

El propio paciente

Otra persona:

Nombre: _____

DNI: _____ Parentesco: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD (segunda opinión, judicial, Cia de Seguros, INSS, etc):

Firma y fecha de solicitud:

DILIGENCIA DE ENTREGA

Con fecha ____/____/____ la Unidad de Documentación Clínica y Archivo ha hecho entrega a D/D^a

_____ de la documentación solicitada, habiéndose acreditado de forma adecuada para proceder a su retirada.

Firma y DNI (al recoger)