

**SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

Al Director Médico del Centro \_\_\_\_\_

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_ con

D.N.I. \_\_\_\_\_, nº de teléfono \_\_\_\_\_ y domicilio, a efectos de notificaciones en la localidad de \_\_\_\_\_

provincia de \_\_\_\_\_ calle/plaza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nº y piso \_\_\_\_\_, CP. \_\_\_\_\_, en calidad de:

Paciente

Parentesco con D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Considerando que, en virtud de lo establecido en la Ley 10/2001, de Junio, de Salud de Extremadura en su artículo 11.1.0, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en el artículo 5 del Decreto 16/2004, de 26 de Febrero, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Y, previo examen de la documentación clínica disponible en el Área/Áreas de Salud de \_\_\_\_\_

**SOLICITO**

La obtención de una segunda opinión médica en los términos establecidos en la legislación vigente.

Fundamentos de la petición \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Facultativo Especialista \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado:	<b>Resolución Dirección Médica</b>  ACEPTADA <input type="checkbox"/> RECHAZADA <input type="checkbox"/>	<b>Sello y firma D.M.</b>
----------	---	---------------------------