COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS, DIAGNÓSTICO Y TERAPIAS A FAMILIARES Y/O REPRESENTANTE

Yo, ……, con DNI ……, citado/a en la Consulta de ……, del ÁREA DE SALUD de Badajoz, el día ……comunico que no pudiendo asistir dicha cita, AUTORIZO a ……, con DNI …… en calidad de……(pareja/familiar/representante legal) para que le sean comunicados los resultados de mis pruebas complementarias, así como los diagnósticos y pautas terapéuticas a seguir.

ACEPTACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN DE PRUEBAS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPIAS A FAMILIARES Y/O REPRESENTANTES

Firmo la presente **Autorización** para la persona arriba indicada. Libremente en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar esta Autorización.

Badajoz a _____de _____de _____

Firma del paciente **Firma el/la médico** **Firma el/la representante legal**

NO ACEPTACIÓN (REVOCACIÓN) DE LA AUTORIZACIÓN

He sido informado de que puedo revocar esta autorización previamente a la consulta, por lo que manifiesto que **NO** doy mi Autorización para la **COMUNICACIÓN DE DE PRUEBAS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPIAS A FAMILIARES Y/O REPRESENTANTE** dejando sin efecto mi Autorización anterior. Deseo hacer las siguientes observaciones_____
_____
_____
_____

Badajoz a _____de _____de _____

Firma del paciente **Firma el/la médico** **Firma el/la representante legal**

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de un fichero titularidad del ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ cuya finalidad es la gestión del historial clínico. Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando un escrito al Gerente del Área de Salud de BADAJOZ. Avenida de Huelva nº 8, CP:06005 (Badajoz).

9000621-2015086