

**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<sup>a</sup>

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

**Firma y DNI (al recoger)**