

## Autorización para solicitud de historia clínica

A la Clínica:

Número de registro sanitario:

Autorización del paciente para realizar la solicitud y entrega de la copia e informe de la historia clínica a:

D. \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_

se adjunta copia de dicho con domicilio en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ municipio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_, telf. \_\_\_\_\_

Autorizo a la persona cuyos datos he facilitado para solicitar la remisión de la copia de la historia mi clínica completa, incluidas las pruebas diagnósticas para que sean remitidos por el medio que considere oportuno

Fecha, DNI y firma del paciente

\_\_\_\_\_