

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
