

Solicitud de la historia clínica por persona autorizada por el paciente

A la CLÍNICA _____

Nº DE REGISTRO SANITARIO _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA A
D/Dª _____

DNI _____

DOMICILIO _____

MUNICIPIO _____ CP _____

PROVINCIA _____ TLF _____

MAIL _____

AUTORIZANTE: D/Dª _____ con DNI nº _____ se
adjunta copia del DNI, 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,
- relativa al tratamiento _____

incluidas las pruebas diagnósticas para que sean remitidos por el medio que considere oportuno

Lugar fecha y firma del paciente

SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

D/Dª _____

DNI _____ Se acompaña fotocopia del DNI del autorizado

DOMICILIO _____

MUNICIPIO _____

CP _____

PROVINCIA _____

TLF _____

MAIL _____

Solicito remitan copia de la historia clínica completa del autorizante _____

Solicito que sea remitida a dirección / mail _____

Lugar fecha y firma del autorizado

