

Nº Rº:
NHC:

MODELO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos _____ DNI _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Domicilio _____
C.P. _____ Municipio _____ Provincia _____
Tlfn. Contacto: _____/_____

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

.....
.....
.....

ESPECIFIQUE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD (Segunda opinión, tribunal médico, judicial, otros):

.....

LA DOCUMENTACIÓN ES SOLICITADA POR (señalar lo que proceda):

El propio paciente
 Otra persona: Nombre _____
DNI: _____ Parentesco: _____

En Badajoz, a ___/___/___

Firmado:

✂-----

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Con fecha ___/___/___, la Unidad de Documentación Clínica y Archivo ha hecho entrega a D/Dña _____, la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

RECIBÍ (FIRMA Y DNI)

✂-----

MODELO DE AUTORIZACIÓN

D/Dña _____ con DNI _____
AUTORIZA A D/Dña _____ con DNI _____

A RECOGER la documentación clínica solicitada en fecha ___/___/___, perteneciente a mi historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. **(Aportar fotocopia de los dos DNI)**

Fecha y firma: