ANEXO

A Director Médico del Centro _____

Solicitud de Segunda Opinión Médica.

Yo, D./Dª _____ , con D. N. I.: _____ ,

y domicilio a efectos de notificaciones en _____ , provincia de _____ ,

calle/plaza _____ , nº ___ , C. P.: _____ ,

considerando que, en virtud de lo establecido en la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura en su artículo 11.1.o, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en el artículo 5 del Decreto 16/2004, de 26 de febrero, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Y previo examen de la documentación clínica disponible en el Área/Áreas de Salud de _____

_____

SOLICITO

La obtención de una segunda opinión médica en los términos establecidos en la legislación vigente.

Lugar y fecha:

Firma.