

Unidad de Documentación Clínica y Archivo

Nº Rº:

NHC:

## SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Tfno. Contacto: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Marcar si solicita envío por correo:

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

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

**ESPECIFIQUE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD** (Segunda opinión, tribunal médico, judicial, tribunal médico, compañía de seguros, 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 \_\_\_\_\_, de la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

RECIBÍ (Firma y DNI)

Nº Rº:

NHC:

**AUTORIZACIÓN PARA RECOGER COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA**

D/Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

**AUTORIZA A D/Dña** \_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_

**A RECOGER** la documentación clínica solicitada en fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
perteneiente a mi historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Fecha y firma:

**Deberá aportar fotocopia compulsada del DNI del autorizante y el DNI del autorizado.**