

N.º REGISTRO

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre: ..... D.N.I.: .....  
Domicilio: ..... Cód. postal: .....  
Teléfono de contacto: .....

**HISTORIA CLÍNICA:** .....

**SOLICITA:**

Informe .....  Pruebas .....  .....  
 Servicio .....  Dr./a .....

**correspondiente a:**

Ingreso (fecha) .....  Consulta  Urgencias (fecha) .....  .....

**Motivo por el que lo solicita:**

A petición propia  No lo recibió  Necesita actualizarlo  Lo extravió

**para presentar en:** .....

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Fdo.: .....

**CUMPLIMENTAR SOLO SI EL SOLICITANTE NO ES EL PACIENTE (1)**

- En caso de menores de edad, fallecidos o incapacitados (2)

Nombre del solicitante ..... D.N.I.: .....

- Resto de pacientes (deberá aportar autorización):

Yo, ..... autorizo a .....  
..... con D.N.I. .... a solicitar en mi nombre el informe  
arriba indicado.

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

(1) Deberá aportar fotocopia D.N.I. del paciente y del solicitante.

(2) En caso de menores de edad o fallecidos, se deberá acreditar además el parentesco mediante fotocopia del Libro de Familia y si el paciente no ha fallecido en este Centro, el Certificado de Defunción. En caso de incapacitados aportar fotocopias de la Tarjeta de Incapacidad.

Fdo.: .....

La información clínica es confidencial y privada. Por ello el Hospital solo la proporcionará al propio paciente o a quien haya autorizado éste por escrito. En ciertos casos (menores de edad, incapacitados o fallecidos) esta información se facilitará a los legalmente autorizados.

La documentación solicitada disponible, según la legislación vigente, se enviará al interesado en el plazo más breve posible, siempre antes de 1 mes tras la petición.