GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales

salud servicio aragonés de salud
HOSPITAL UNIVERSITARIO
"MIGUEL SERVET"

Pº Isabel la Católica, 1-3
50009 ZARAGOZA

SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Nº de REGISTRO(De la solicitud)_____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA SOLICITUD Y / O ENTREGA DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA A SU REPRESENTANTE

A.- DATOS DEL PACIENTE:

_____ _____ _____
Nombre 1º Apellido 2º Apellido

D.N.I.:_____

Domicilio:_____Tfno:_____

Población:_____Provincia:_____ CP:_____

AUTORIZO A LA PERSONA, CUYOS DATOS FIGURAN A CONTINUACIÓN, PARA RECOGER LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA CORRESPONDIENTE A MI HISTORIA CLÍNICA

FIRMA DE PACIENTE:

_____

B.- DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA POR EL PACIENTE:

_____ _____ _____
nombre 1º apellido 2º apellido

DNI: _____ Parentesco con el paciente:_____

FECHA: