

**SERVICIO DE INFORMACIÓN
Y ATENCIÓN AL USUARIO**
Nº de REGISTRO:

**Dr.
Servicio de
HOSPITAL**

SOLICITUD INFORME MÉDICO

A.- DATOS DEL PACIENTE:

D.N.I.: Edad:

Nº de Historia:

Domicilio: Tfno.: Llamar por telf.

Población: Provincia: CP:

B.- DATOS DEL SOLICITANTE: En representación del paciente o Responsable de la Tutela

DNI: Parentesco con el paciente:

Domicilio: Tfno.: Llamar por telf.

Población: Provincia: CP:

MOTIVO POR EL QUE SE SOLICITA EL INFORME:

Observaciones: Los informes enviados por correo se enviarán al domicilio del paciente. Los informes entregados en mano los recogerá el paciente o persona autorizada por el paciente mediante escrito firmado.

Los informes solicitados por Instituciones de Tutela serán remitidos a la persona autorizada.

FIRMA del solicitante:

Fecha:

Solicitado al Servicio

Enviado al Paciente