

SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA PARA USO NO ASISTENCIAL (Paciente)

DATOS DEL SOLICITANTE	Nombre	
	Apellidos	
	DNI	
	Domicilio	
	Población	
	Código Postal	
	Teléfono	
Solicita (Especificar Informes, Estudios radiológicos, etc.)	<hr/>	
MOTIVOS (Opcional)	<hr/> <hr/> <hr/>	

En a de de 20.....

Firmado: _____

NOTA INFORMATIVA: Documentos que deben presentarse:

- a) Si la **solicitud proviene del titular** deberá adjuntarse DNI o Pasaporte
- b) Si la **solicitud se hace a través de representante o persona autorizada** deberá acompañarse: DNI de la persona solicitante, DNI de la persona autorizada o representante y *Autorización representante* según modelo facilitado por el Hospital