

## Solicitud de documentación clínica al Hospital de Barbastro

Apellidos y Nombre (del Paciente) a		DNI o Pasaporte
Domicilio		C. P. Localidad
NHC	Teléfono	

El titular o en su caso el solicitante como  Padre  Persona autorizada  Representante legal acreditan ante el SALUD su identidad o su expresa autorización para que sea gestionada esta solicitud.

(Firma del trabajador que recibe solicitud)

**SOLICITA** la siguiente documentación clínica<sup>1</sup>:

INFORME CLÍNICO	Servicio de	Fecha aproximada
INFORME CLÍNICO	Servicio de	
ANALÍTICA		
PLACAS R.		
MOTIVO POR EL QUE SE SOLICITA:		
Entregada en mano* <input type="checkbox"/> Envío a su Centro de Salud <input type="checkbox"/> Envío a domicilio <input type="checkbox"/>		
* Recogida de documentación en Admisión (1ª planta): lunes a jueves de 8:00 a 22:00/ viernes de 8:00 a 15:00		

Y para que conste, lo firmo en Barbastro a

**El titular o su representante**

<sup>1</sup> La documentación clínica solicitada se encuentra sometida a la regulación de la Ley 15/99 de Protección de datos y 41/02 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.