

ANEXO I. IMPRESO de SOLICITUD de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

 Datos del **PACIENTE**

Apellidos y nombre: DNI (pasaporte):

Domicilio: Población: Código Postal:

num SIP: Correo electrónico: Teléfono:

 Datos del **SOLICITANTE**

Apellidos y nombre: DNI (pasaporte):

como: Padre/Madre: Persona autorizada: Representante legal: Otros:

Acredita ante el Hospital Vega Baja de Orihuela su identidad o su expresa autorización para que sea gestionada esta solicitud

Documentación aportada para acreditar la representación

Solicito que se me facilite copia de la información clínica referente a la asistencia recibida en el Hospital Vega Baja de Orihuela

 Uso interno
No rellenar

SOLICITA la siguiente información clínica:	Especialidad	Fecha aproximada	Notas	Entregado
Atención de HOSPITALIZACIÓN				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Atención de URGENCIAS				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Atención de CONSULTAS EXTERNAS				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Pruebas de IMAGEN (RX, TAC, RM...)				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Pruebas de LABORATORIOS				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Otras				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Otras				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Otras				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

**Motivo por el que se solicita
(Campo necesario)**

Fecha de solicitud: ____/____/2022_

Declaro que la información que he suministrado es verídica y exacta

Firma del solicitante

=====RECOGIDA de la DOCUMENTACIÓN CLÍNICA=====

- Envío a domicilio (**correo postal**) Fecha: __/__/2022
- Envío a domicilio (**correo electrónico**) Fecha: __/__/2022
- Entrega en mano Fecha: __/__/2022

Firma la recogida (entrega en mano)

=====NOTAS de la UNIDAD ADMISION y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA=====