

**IMPRESO de SOLICITUD de ACCESO DOCUMENTACION CLÍNICA**

**Datos del PACIENTE**

Apellidos y nombre:  DNI (pasaporte):

Domicilio:  Población:  Código Postal:

SIP:  Correo electrónico:  Teléfono:

**Datos del SOLICITANTE**

Apellidos y nombre:  DNI (pasaporte):

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

Documentación aportada para acreditar la representación:

Solicito que se me facilite copia de la información clínica referente a la asistencia recibida en el Hospital Universitario de Torrevieja

<b>SOLICITA la siguiente información clínica:</b>	Especialidad	Fecha aproximada	Notas
Atención de HOSPITALIZACIÓN			
Atención de URGENCIAS			
Atención de CONSULTAS EXTERNAS			
Pruebas de IMAGEN (RX, TAC, RM...)			
Pruebas de LABORATORIOS			
Otras			
Otras			
Otras			

**Motivo por el que se solicita**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Declaro que la información que he suministrado es verídica y exacta

Firma del titular o solicitante

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

- Envío a domicilio (**correo postal**) Fecha: \_\_/\_\_/202
- Envío a domicilio (**correo electrónico**) Fecha: \_\_/\_\_/202
- Entrega en mano Fecha: \_\_/\_\_/202

Firma la recogida (entrega en mano)

**=====DECLARACIÓN JURADA=====**

Declaro que reúno todos los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicito. Manifiesto la autenticidad de los documentos aportados y asumo cualquier responsabilidad derivada de esta solicitud

NOTA: Si en algún momento tras la solicitud de la documentación deja de ser necesaria para usted, le rogamos nos avise a la mayor brevedad posible al correo [udcainformes\\_torrevieja@gva.es](mailto:udcainformes_torrevieja@gva.es)