

SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

1 DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDOS		
Nº TARJETA SANITARIA	Nº DOCUMENTO IDENTIDAD	EDAD <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
2 DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)		
NOMBRE Y APELLIDOS		Nº DOCUMENTO IDENTIDAD
VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE <input type="checkbox"/> Familiar (hasta 3 ^{er} grado) <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Otros legitimados		
CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA		
AUTORIZO A LA PERSONA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE PARA QUE ACTÚE EN MI NOMBRE PARA SOLICITAR Y RECIBIR EL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Fecha/...../..... Firma del paciente </div>
3 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO/S DE CONTACTO/...../.....	CORREO ELECTRÓNICO	
LOS DATOS CORRESPONDEN AL: <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE		
4 DATOS DE CARÁCTER SANITARIO		
PROCESO ASISTENCIAL PARA EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA		
NOMBRE DEL CENTRO DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO		
INDIQUE, POR ORDEN DE PREFERENCIA, EL CENTRO ELEGIDO PARA LA EMISIÓN DEL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA 1. 2. 3.		
CAUSA DE LA SOLICITUD <input type="checkbox"/> Confirmar diagnóstico <input type="checkbox"/> Confirmar tratamiento propuesto <input type="checkbox"/> Ambas		
5 LUGAR, FECHA Y FIRMA		
Enadede EL SOLICITANTE Fdo.:		

Con objeto de dar cumplimiento a lo previsto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa que los datos que figuran en este documento serán utilizados con finalidad estrictamente sanitaria.

DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN AL USUARIO. DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO