

AUTORITZACIÓ DE LLIURAMENT DE LA DOCUMENTACIÓ ASSISTENCIAL

En/na _____, amb DNI número _____

_____, AUTORITZA a En/Na

(grau de vinculació familiar: _____) i amb DNI número _____

_____, a recollir la documentació de la meua informació

assistencial del meu historial clínic.

I així ho faig constar pel que calgui,

En _____, a _____

Signatura del titular de la història clínica

Normes de Lliurament:

- **La documentació sol·licitada es lliurarà en un termini màxim d'un mes des de la data de la sol·licitud.**
- **Cal portar el DNI original o el passaport de l'interessat. En cas contrari no es podrà lliurar la documentació.**
- **L' horari del Servei d'Admissions és de dilluns a divendres de 9 a 14 hores.**
- **En el cas que qui reculli la documentació no sigui el propi interessat, s'ha de portar:**
 - **Autorització correctament complimentada (model annex 3).**
 - **Fotocòpia del DNI de l'interessat de la informació de la història clínica.**
 - **DNI o passaport original de la persona autoritzada a recollir la documentació.**