

FECHA SOLICITUD:  
NHC:

## IMPRESO: SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

### Datos del paciente

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Número Seguridad Social \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### Datos del solicitante

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Se solicita en nombre del paciente por (marcar la opción válida):

paciente menor de 13 años       paciente fallecido       paciente incapacitado

el solicitante aporta autorización (ADJUNTARLA A ESTE DOCUMENTO)

### Datos de su solicitud

Destino de la copia (marcar la opción válida):

uso privado       organismo público       asuntos legales       otro: \_\_\_\_\_

Documentación médica solicitada:

Hospitalización       Consultas       Urgencias       otros: \_\_\_\_\_

Documento/s o imágenes de los que solicita copia:

	INDIQUE LA FECHA
1	
2	
3	
4	
5	

El tiempo estimado para la preparación de la copia solicitada será de una semana y podrá pasar a recogerla en el Servicio de Documentación Clínica y Archivo.

**"No olvide traer, según el caso, DNI-Pasaporte-Libro Familia-Autorización"**

FIRMA SOLICITANTE

Agencia Sanitaria Costa del Sol  
Documentación Clínica y Archivo