



## INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

---

### Datos del solicitante

Paciente:  
Solicitante:  
Dirección:

---

### Proceso actual

Centro de origen: Servicio:  
Diagnóstico:  
Propuesta terapéutica (si procede):

---

### Servicio de referencia de segunda opinión médica

Centro de destino:  
Servicio:  
Facultativo:  
Datos de contacto, si precisara información adicional:  
Teléfono: Correo electrónico:

---

### Valoración clínica

(Informe médico de situación del paciente, incluyendo resultado de pruebas adicionales si hubiese sido necesario realizarlas)

---

### Conclusión

(Incluir diagnóstico y, cuando proceda, propuesta terapéutica)

Confirma el diagnóstico:  SÍ  NO  
Confirma el tratamiento:  SÍ  NO  NO PROCEDE

---

**Lugar, fecha y firma** (con firma y sello del facultativo que emite el informe)

