



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)

