



CENTRO RECEPTOR DE LA SOLICITUD

Espacio reservado para fecha de recepción y sello del centro receptor

**SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

<b>1 DATOS DEL PACIENTE</b>				
NOMBRE		APELLIDOS		
Nº TARJETA SANITARIA	D.N.I.	EDAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>
				Mujer

<b>2 DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)</b>		
NOMBRE	APELLIDOS	D.N.I.
SOLICITA EN VIRTUD DE:		
A. <input type="checkbox"/> Autorización expresa    B. <input type="checkbox"/> Representación legal    C. <input type="checkbox"/> Familiar o vinculado de hecho por necesidad terapéutica		
CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA (Supuesto A)		Fecha: ...../...../.....
AUTORIZO A LA PERSONA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE PARA QUE EN MI NOMBRE SOLICITE Y RECIBA EL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA		Firma del paciente

<b>3 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN CORRESPONDIENTES A</b> <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE		
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO/S DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	
...../...../.....		

<b>4 DATOS RELATIVOS AL PROCESO PARA EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA</b>		
CENTRO DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO		
SERVICIO		
CAUSA DE LA SOLICITUD		
<input type="checkbox"/> Confirmar o no el diagnóstico <input type="checkbox"/> Confirmar o no las alternativas terapéuticas <input type="checkbox"/> Ambas		

<b>5 RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA</b>

<b>6 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
Los datos que declaro en la presente solicitud son ciertos, asumo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad de alguno de ellos y SOLICITO la emisión del correspondiente informe facultativo.
En ....., a ..... de ..... de .....
EL SOLICITANTE
Fdo.: .....

SR./SRA. GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE .....