**SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES DE LA CLÍNICA iDENTAL SEGOVIA**

|  |
| --- |
| **1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE / SOLICITANTE** |
| Nombre: | Primer apellido: | Segundo apellido: | D.N.I. / N.I.E. |
| Dirección: | Código Postal: |
| Provincia: | Municipio: | Localidad: |
| Correo electrónico\*1: | Confirmar correo electrónico: | Teléfonos: |

|  |
| --- |
| **2.- IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE (sólo en caso de minoría de edad o incapacidad del paciente)** |
| **Tipo de representación:** |
| Nombre: | Primer apellido: | Segundo apellido: | D.N.I. / N.I.E. |
| Dirección: | Código Postal: |
| Provincia: | Municipio: | Localidad: |
| Correo electrónico\*1: | Confirmar correo electrónico: | Teléfonos:  |

|  |
| --- |
| **3.- INDICACIÓN DEL SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN EN EL QUE SE DESEA RECIBIR LA HISTORIA CLÍNICA.** |
| **INDIQUE LA PROVINCIA:** Elija un elemento. |
| *Por la presente, y en el marco de lo establecido en el AUTO del Juzgado de 1 A. INST. E INSTR. N 3. de Segovia de 27 de julio de 2018, enmarcado en las Diligencias Previas Proc. abreviado 0000319/2018, SOLICITO que me sea entregada copia de la historia clínica* *correspondiente al paciente arriba indicado, depositada en las dependencias del Servicio Territorial de Sanidad de Segovia.* |

En …………………………………. a …….. de ……………………………. de …………

Firma:

**SR. JEFE DEL SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD DE SEGOVIA**