

SOLICITUD DOCUMENTACION CLINICA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:

DNI: TELEFONO:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

SIP: DNI: TELEFONO:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: PROVINCIA: CP:

DOCUMENTOS QUE APORTA:

FECHA: FIRMA:

Junto con esta solicitud deberá aportar:

1. Si es Usted el propio paciente, DNI. Si es persona distinta, autorización escrita, DNI del paciente y de la persona autorizada.
2. Si se trata de solicitud de menores de 16 años, deberán aportar libro de familia y, el DNI del padre y de la madre (o certificado de tutoría legal). En caso de separación, se remitirá la documentación de la custodia judicial.
3. Para personas incapacitadas se remitirá la documentación de la tutela.
4. Para personas fallecidas, deberá presentar el certificado de defunción literal, DNI del fallecido, libro de familia y DNI del solicitante (familiar de primer grado).

(En caso de remitir la solicitud por correo postal o electrónico, las copias de los documentos deberán estar compulsadas)

Correo electrónico: hrequena_saip@gva.es

Dirección: Paraje Casablanca s/n. 46340 Requena

Telefono: 962339198