

Fecha y hora  
/ / :

NHC / CIP

1

**Identificación  
Paciente**

## PACIENTE

Nombre y apellidos del paciente

Teléfono de contacto

Fecha de nacimiento  
/ /

DNI / PASAPORTE

2

**Identificación  
Solicitante**

## SOLICITANTE

Paciente

Otra persona:

Nombre y apellidos del solicitante

Teléfono de contacto

DNI / PASSAPORTE

3

**Descripción  
Solicitud**

## SOLICITUD

**Documentación solicitada y finalidad de la petición**

- Copia de informe
- Copia de resultado de laboratorio
- Copia de imagen
- Elaboración de informe médico actualizado
- Recuperación de documento externo
- Otra documentación:

4

**Forma de  
entrega**

## ENTREGA

En persona

**De lunes a viernes de 8.30 a 20 h**

Punto de atención documental, entrada principal por la calle Sant Quinti

Por correo postal

Domicilio

Al domicilio que conste en la historia clínica

Por correo electrónico

Correo electrónico

A la dirección electrónica que conste en la historia clínica

**Cuando la recogida no sea presencial, ha de adjuntar con la solicitud copia de su identificación (DNI, pasaporte o documento equivalente)**

5

**Acreditación  
necesaria**

## ACREDITACIÓN NECESARIA PARA RECOGER LA DOCUMENTACIÓN

**Si es el titular de la historia clínica**

DNI, pasaporte o documento equivalente válido que lo identifique

**Si es un representante**

Copia del DNI, pasaporte o documento equivalente del titular y del representante

Autorización firmada por el titular de la historia clínica

Para pacientes difuntos: Copia del libro de familia o documento que acredite la situación de heredero

Para menores de 16 años: Copia del libro de familia o documento que acredite la tutela

Para incapacitados: Copia del documento acreditativo de la representación o tutoría

# 6

## **Autorización recogida**

### **AUTORIZACIÓN RECOGIDA**

Sr/Sra....., con DNI, pasaporte o documento  
equivalente válido que lo identifique ....., autoriza, a  
Sr/Sra....., con DNI, pasaporte o documento  
equivalente válido que lo identifique ....., a recoger, copia de la  
documentación de mi Historia Clínica.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma titular documentación

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma persona autorizada

**Es necesario adjuntar copia del, con DNI, pasaporte o documento equivalente válido que lo identifique del titular de la documentación y de la persona autorizada.**