

Sr/Sra....., con DNI, pasaporte o documento equivalente válido que lo identifique ....., **autoriza**, al 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

..... a ..... de ..... de 201.....

## Documentación acreditativa que debe acompañar esta autorización

- 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