

AUTORIZACIÓN RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

D./Dña. _____
con número de DNI _____, AUTORIZO a D./ Dña.
_____ con número
de DNI _____, a recoger la documentación clínica
solicitada que consta sobre mí, en el Hospital General Universitario de
Castellón.

En _____, a _____ de _____ de 202__

Fdo.

NOTA: La persona autorizada, en el momento de la retirada de la documentación, deberá:

- Aportar fotocopia del DNI del paciente.
- Mostrar su DNI para acreditar que es la persona autorizada.