

A cumplimentar por Administración:	
Nº Registro:	
Nº Historia:	

IMPRESO SOLICITUD DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

1. DATOS DE TITULAR DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Nombre	Apellidos
Domicilio	
Población	Código Postal
SIP	Teléfono
Correo electrónico:	

2. DATOS DE SOLICITANTE (sólo si no es titular de la documentación clínica)

Nombre	Apellidos	Nº DNI / Pasaporte
Relación con el titular de la documentación clínica:		
Progenitor/a	Cónyuge	Descendiente Tutor/a Otra: _____

3. Motivo de solicitud:

Discapacidad / Minusvalía	Seguros privados	Juzgado / Abogado
Segunda opinión médica	Otros (Especifique): _____	

4. DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Informe de Hospitalización. (especificar fecha de alta): _____
Informe de Urgencias. (especificar fecha del episodio): _____
Consultas Externas. Especialidad: _____ Fecha de la consulta: _____
Informes de Pruebas Diagnósticas (especificar fecha de realización)
Resonancia Magnética: _____ Ecocardiografía: _____
Ecografía: _____ TAC: _____
Analítica: _____ Anatomía Patológica: _____
Estudio Digestivo (Endoscopia, Gastroscopia): _____
Estudio Electrofisiológico (Electromiografía, Electroencefalograma): _____
Otras (especificar): _____
Imágenes Radiológicas (especificar): _____
Otro tipo de documentación (especificar): _____

Fecha de solicitud: ___ / ___ / ___

Fecha de recogida: ___ / ___ / ___

Firmado:

Firmado:

Esta solicitud puede ser presentada a través de la siguiente dirección de correo:

gestiondocu_hgucs@gva.es

No olvide adjuntar la documentación acreditativa correspondiente (ver instrucciones)

Encontrará este impreso de solicitud y los requisitos necesarios para su tramitación en el siguiente link:

<http://castellon.san.gva.es/tramites-administrativos>