

ANEXO X

DELEGACIÓN A TERCERAS PERSONAS PARA RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

D./D^a.....usuario del Hospital
General Universitario de Ciudad Real, con DNI :.....Domicilio
en C/.....Localidad
Provincia.....C.P..... Teléfono.....

AUTORIZO A:

D./D^a..... con
DNI:.....Domicilio en C/.....
.....Localidad..... Provincia.....
C.P.....Teléfono..... Relación con el usuario
....., para que en mi nombre, retire la documentación clínica
solicitada en el impreso rellenado para tal caso.

Debiendo adjuntar:

1. Fotocopia compulsada del DNI del paciente.
2. Fotocopia compulsada del DNI de la persona autorizada.
3. Libro de familia y certificado de defunción para solicitud de informe de EXITUS.

En....., a.....de.....de 201.....

Usuario

Autorizado