



PETICIÓN HISTORIAS CLINICAS

FECHA DE PETICIÓN:	
CENTRO:	Gerencia A.P. Talavera C.S.:
DIRECCIÓN:	
LOCALIDAD:	
NOMBRE DEL FACULTATIVO:	
CÍAS:	

HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA

	*Apellidos	*Nombre	*Fecha de nacimiento	*Nº T.S.I
1				
2				
3				
4				
5				

** Datos obligatorios*

CENTRO AL QUE SE SOLICITA:	
C.S.:	
DIRECCIÓN:	
LOCALIDAD:	
NOMBRE DEL FACULTATIVO:	
CÍAS:	

**Firma y D.N.I. del Usuario/s
solicitante/s*

*Firma y CIAS del Facultativo
o del Coordinador del E.A.P.*

Sello del Centro de Salud

**Si fuera menor de edad o incapacitado, firma del padre, madre o tutor acompañado de fotocopia del D.N.I.*

(Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 41./2002 de 14 de noviembre)