

FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA ENTRE CENTRES SANITARIS

DADES DEL CENTRE SOL·LICITANT

Nom del centre:

Localitat:

Persona sol·licitant:

Correu electrònic:

Telèfon:

DADES DEL TITULAR DE LA HISTÒRIA CLÍNICA

Nom

Cognoms:

Data naixement:

DNI:

Telèfon:

Correu electrònic:

DOCUMENTACIÓ SOL·LICITADA:

Informes d'assistència *especialitat i data:*

Informe a realitzar especialista *especialitat / metge*

Informes de proves complementàries *tipus de prova i data:*

Còpies radiològiques : RX

RNM

TAC

Ecografia

Mamografia

Altres:

Curs clínic: *especialitat:*

Altres:

SIGNATURA:

DATA SOL·LICITUD: