

FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA**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:****MOTIU SOL·LICITUD:****SIGNATURA:****DATA SOL·LICITUD:****DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR:** Autorització si cal