



AREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERIA  
SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre	Apellidos					Núm.DNI/Pasaporte	
Calle/Avda/Plaza	Núm.	Piso	Esc.	Bloq.	Cód postal	Teléfono	
Municipio	Provincia		País		Año Nacimiento		
Relación con titular de los datos documentación clínica						Nº SS o NAF	
Titular <input type="checkbox"/>	Hijo/a <input type="checkbox"/>	Padre/madre <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Otros _____	

**DATOS DEL TITULAR DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

Nombre	Apellidos					Núm.DNI/Pasaporte	
Calle/Avda/Plaza	Núm.	Piso	Esc.	Bloq.	Cód postal	Teléfono	
Municipio	Provincia		País		Año Nacimiento		
Situación actual del titular						Nº SS o NAF	
Fallecido <input type="checkbox"/>	Menor de 16 años <input type="checkbox"/>		Incapacitado <input type="checkbox"/>		_____/_____/_____		

**DOCUMENTACIÓN SOLICITADA**

Centro: _____	Historia Clínica Núm.: _____
Descripción de la documentación solicitada: (Concretar fecha del episodio/s, Servicio/s ó Fecha/s)	
<input type="checkbox"/> Informe de Alta Hospitalización: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de Asistencia de Urgencias: _____	
<input type="checkbox"/> Analíticas: _____	
<input type="checkbox"/> Radiografías: _____	
<input type="checkbox"/> Otras pruebas realizadas: _____	
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

**DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE**

**DECLARO, BAJO MI RESPONSABILIDAD, QUE REUNO TODOS LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE LA LEGISLACIÓN VIGENTE PARA ACCEDER A LA DOCUMENTACIÓN QUE SOLICITO, COMO MANIFIESTO EN LA PRESENTE SOLICITUD Y EN LA DOCUMENTACIÓN APORTADA.**

**Firma del Solicitante**

**ENTREGA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA**

**RECEPCIÓN DE SOLICITUD**

FECHA DE ENTREGA: ____/____/____	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>
D.N.I DEL RECEPTOR : _____	FECHA DE SOLICITUD ____/____/____
FIRMA :	FDO. Y SELLADO