



Clínica Nexo®

## SOLICITUD DE HISTORIAL CLÍNICO, INFORMES Y OTROS DOCUMENTOS

Solicitante:

Fecha de la solicitud:	FECHA	
Nombre y DNI/Pasaporte del paciente (titular de los documentos que se solicitan):		
	NOMBRE COMPLETO	DNI
Nombre y DNI/Pasaporte del representante legal, en caso de que el paciente sea un menor o persona dependiente legalmente:		
	NOMBRE COMPLETO	DNI

## SOLICITO

Los siguientes documentos:

Informe de	ESPECIALIDAD/PRUEBA	realizado el día	FECHA PRUEBA
Informe de	ESPECIALIDAD/PRUEBA	realizado el día	FECHA PRUEBA
Informe de	ESPECIALIDAD/PRUEBA	realizado el día	FECHA PRUEBA
Historial clínico de la especialidad	ESPECIALIDAD	Completo	
Otro documento ( <i>especifique</i> ):	FACTURA/PRESUPUESTO/CERTIFICADO		

## RUEGO

(Marque una de las opciones)

<input type="checkbox"/>	Se me entregue en mano ( <b>IMPRESINDIBLE mostrar o adjuntar DNI/Pasaporte</b> ).	
<input type="checkbox"/>	Ruego se me remita por email a: CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="checkbox"/>	Ruego se entregue a persona autorizada ( <b>IMPRESINDIBLE adjuntar copia del DNI de la persona titular. Si el paciente es menor de edad, se deberá presentar el Libro de Familia</b> ):	
Nombre y DNI/Pasaporte de la persona autorizada:		
	NOMBRE COMPLETO	DNI

Firma del Solicitante/Representante Legal:

Firma de la persona autorizada:

Fecha recogida:

FECHA