

AUTORITZACIÓ PER A LA RECOLLIDA DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA:

Jo,....., amb DNI número
..... autoritzo a, amb
DNI número **a recollir la documentació clínica que he sol·licitat**
relativa al pacient.....

Signat:

A..... de..... de 201....

Si us plau, cal imprimir, omplir i lliurar aquesta autorització personalment a:

Hospital Sant Joan de Déu

Pg. Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat.
Mostrador d'informació de la 1^a planta de Consultes Externes
De dilluns a divendres de 7:00 a 22:00 hores.

CSMIJ Granollers (disponible únicament per als pacients d'aquest centre)

Carrer Primer Marqués de les Franqueses, núm. 146 C, 08402, Granollers
Mostrador de la recepció.
Horari: de dilluns a dijous de 8 a 14 hores i de 15 a 19 hores, i els divendres de 8 a 14 hores.

En el moment de la recollida a l'Hospital, la persona autoritzada haurà d'identificar-se amb dos documents: el seu propi DNI/NIE/passaport i la còpia del DNI/NIE/passaport de la persona que ha realitzat la sol·licitud.