

AUTORITZACIÓ PER LA RECOPIDA DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA:

Yo,....., con DNI número autorizo a, con DNI número **a recoger la documentación clínica que he solicitado** relativa al paciente.....

Firmado:

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

Por favor, es necesario imprimir, completar y entregar esta autorización presencialmente en:

Hospital Sant Joan de Déu

Pg. Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat.
Mostrador de informació de la 1ª planta de Consultes Externas
De lunes a viernes de 7:00 a 22:00 horas.

CSMIJ Granollers (disponible únicamente para los pacientes de este centro)

Carrer Primer Marqués de les Franqueses, núm. 146 C, 08402, Granollers.
Mostrador de recepció.
Horario: de lunes a jueves de 8 a 14 horas y de 15 a 19 horas, y los viernes de 8 a 14 horas.

En el momento de la recogida en el Hospital, la persona autorizada deberá identificarse con dos documentos: su DNI/NIE/pasaporte y la copia del DNI/NIE/pasaporte de la persona que ha realizado la solicitud.