



**AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE
INFORMACIÓN CLÍNICA**

DATOS DEL PACIENTE

..... NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO
..... FECHA DE NACIMIENTO DNI TELÉFONO
..... DOMICILIO CÓDIGO POSTAL POBLACIÓN

Autoriza al Personal Facultativo de los Servicios de la Administración Pública de Cantabria a consultar su Historia Clínica

Motivo de la autorización

Fecha solicitud.....

Fdo. El paciente arriba indicado

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL HOSPITAL

F. RECEPCIÓN.....	Nº HISTORIA.....	Nº REGISTRO.....
-------------------	------------------	------------------