

AUTORIZACIÓN PARA ACCESO A HISTORIAL
MÉDICO DE PACIENTE MENOR DE EDAD

D./Dña. _____, con DNI nº _____, en
calidad de **padre/madre/tutor legal** del menor:

- Nombre y apellidos del menor: _____
- Fecha de nacimiento: //_____

AUTORIZO al Servicio de Atención al Paciente y a los profesionales sanitarios de Asuncion Klinika a facilitarme el acceso y/o entrega de la información clínica, informes médicos y resultados de pruebas que obren en la historia clínica del menor, de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Declaro que ostento la patria potestad / tutela legal del menor y adjunto copia de mi documento de identidad y documentación acreditativa en caso necesario.

Fecha:

____/____/____

Firma:

ADIN TXIKIKOAREN HISTORIA KLINIKOA
ESKURATZEKO BAIMENA

Ni, _____, NAN zk. _____, **guraso /**

legezko tutore gisa, honako adin txikikoaren izenean:

- Adingabekoaren izen-abizenak: _____
- Jaiotze data: //_____

BAIMENA EMATEN DUT Asuncion Klinikako Pazientearen Arreta Zerbitzuari eta bertako osasun-profesionalei adin txikikoaren historia klinikoan jasotako informazio klinikoa, txosten medikoak eta proben emaitzak nire eskura jartzeko eta/edo entregatzeko, 41/2002 Legean xedatutakoarekin bat etorritz (Pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoari buruzko eskubideak eta betebeharrak arautzen dituen).

Adierazten dut adin txikikoaren guraso-ahala / legezko tutoretza dudala, eta nire nortasun-agiriaren kopia eta behar izanez gero egiaztagiri osagarria eransten dudala.

Data:

____/____/____

Sinadura:
