

AUTORIZACIÓN ENTREGA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

D./Dña. _____, con DNI/NIE nº _____, en
calidad de **paciente** de **Asuncion Klinika**,

AUTORIZA A:

D./Dña. _____, con **DNI/NIE nº** _____,
a recoger o acceder, en su nombre, a la **documentación clínica, informes
médicos o resultados de pruebas** que obren en su historia clínica, conforme a
lo dispuesto en la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la
autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de
información y documentación clínica.

Ambas partes adjuntan **fotocopia del documento de identidad (DNI/NIE)**
correspondiente.

Fecha:

____/____/____

Firma del/de la paciente:

Firma de la persona autorizada:

DOKUMENTAZIO KLINIKOA JASOTZEKO BAIMENA

Ni, _____, NAN/NIE zk. _____, **Asuncion**

Klinikako paziente gisa,

BAIMENA EMATEN DIOT:

Jaun/Andere _____-ari, **NAN/NIE** zk. _____,

nire izenean dokumentazio klinikoa, mediku-txostenak edo proben

emaitzak jasotzeko edo horietara sartzeko, betiere 2002ko azaroaren 14ko

41/2002 Legean ezarritakoaren arabera (pazientearen autonomia eta

informazio eta dokumentazio klinikoari buruzko eskubide eta betebeharren

oinarrizko arautegia).

Bi aldeek dagokien **identifikazio-dokumentuaren (NAN/NIE)** kopia erantsiko dute.

Data:

____/____/____

Pazientearen Sinadura:

Baimendutako Pertsonaren
Sinadura:
