

(Sello Rgto. Entrada)

**SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN
FACULTATIVA**

1) DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:	
Nº Seg. Soc.:	D.N.I. Nº:
DOMICILIO:	C. POSTAL:
MUNICIPIO:	TFNO.:

Núm. Historia Clínica (del paciente)

2) DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:	
Nº A.S.S.:	D.N.I. Nº:
Parentesco:	

3) DATOS DE LA 1ª VALORACIÓN :

Hospital / C.A.E.:	Servicio:
Nombre del médico:	Fecha de última visita:

SOLICITO Segunda Opinión Facultativa para la especialidad de (4) _____
_____.

Adjunto copia/s de informe/s clínico/s (5).

MOTIVOS (6):

Las Palmas de Gran Canaria, a _____ de _____ de 2008

(Firma)