GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRE:

NIF/NIE/PASAPORTE: Nº DE TARJETA SANITARIA:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: ☐ HOMBRE ☐ MUJER

DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRE:

NIF/NIE/PASAPORTE:

VINCULACIÓN ENTRE SOLICITANTE Y PACIENTE:

☐ Familiar (hasta 3.er grado) ☐ Otros legitimados ☐ Pareja de hecho ☐ Representante legal

CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA Fecha

AUTORIZO A LA PERSONA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE
PARA QUE ACTÚE EN MI NOMBRE PARA SOLICITAR Y RECIBIR
EL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Firma del paciente

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

TIPO DE VÍA: Seleccione una NOMBRE DE VÍA:

Nº: PISO: LETRA:

MUNICIPIO: PROVINCIA: C.POSTAL:

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: OTROS TELÉFONOS:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DE CARÁCTER SANITARIO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:

NOMBRE DEL CENTRO DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO:
Seleccione uno

INDIQUE POR ORDEN DE PREFERENCIA, EL CENTRO ELEGIDO PARA LA EMISIÓN DEL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:
Si debido a su proceso, usted considera que no puede elegir un hospital entre los disponibles en la Comunidad Autónoma de Aragón, seleccione la opción en blanco. La Dirección General de Calidad y Atención al Usuario le asignará un hospital para la emisión del informe de segunda opinión.

1. Seleccione uno
2. Seleccione uno
3. Seleccione uno

CAUSA DE LA SOLICITUD:

☐ Confirmar diagnóstico ☐ Confirmar tratamiento propuesto ☐ Ambas

LUGAR, FECHA Y FIRMA

En , a de de

Firmado: EL SOLICITANTE

Con objeto de dar cumplimiento a lo previsto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa que los datos que figuran en este documento serán utilizados con finalidad estrictamente sanitaria.