

SOLICITUD DE LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO PARA ASISTENCIA ESPECIALIZADA EN CONSULTAS EXTERNAS

A Director Médico del Centro: _____

D / D^a _____,

con D.N.I. _____, y con domicilio a efectos de notificaciones en :

Calle / Plaza _____,

nº y piso _____, Localidad _____ C. Postal _____

Provincia de _____ y teléfono _____ en calidad de:

Paciente

Parentesco con D/D^a _____

Considerando, en virtud a lo establecido en la normativa vigente que regula la libre elección de médico en determinados Servicios de Atención Especializada que desarrollen actividad en Consultas Externas en este Centro Hospitalario.

SOLICITO, cambio de especialista para la continuidad de asistencia en Consultas Externas en el

Servicio de _____

Especialista Actual _____

Especialista Solicitado _____

En base al motivo que justifico a continuación: _____

En _____ a fecha ____/____/____

| | | |
|-----------------|---|---------------------------|
| Firmado: | Resolución Dirección Médica ACEPTADA <input type="checkbox"/> RECHAZADA <input type="checkbox"/> | Sello y firma D.M. |
|-----------------|---|---------------------------|