

SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Al Director Médico del Centro _____

Yo, D./Dña. _____ con
D.N.I. _____, nº de teléfono _____ y domicilio, a efectos
de notificaciones en la localidad de _____
provincia de _____ calle/plaza _____
_____ nº y piso _____, CP. _____, en calidad de:

Paciente

Parentesco con D/D^a _____

Considerando que, en virtud de lo establecido en la Ley 10/2001, de Junio, de Salud de Extremadura en su artículo 11.1.0, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en el artículo 5 del Decreto 16/2004, de 26 de Febrero, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Y, previo examen de la documentación clínica disponible en el Área/Áreas de Salud de _____

SOLICITO

La obtención de una segunda opinión médica en los términos establecidos en la legislación vigente.

Fundamentos de la petición _____

Facultativo solicitado: _____

Centro solicitado: _____ Fecha: _____

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