

RECOGIDA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

TIPO DE PRUEBA:

--

IMPORTANTE: En cumplimiento con la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal LES ROGAMOS QUE, PARA LA RECOGIDA DE CUALQUIER PRUEBA DIAGNÓSTICA, ENTREGUEN ESTE RESGUARDO Y SE IDENTIFIQUEN CON SU DNI. EN EL CASO DE QUE SUS RESULTADOS LOS RECOJA OTRA PERSONA, LES RECORDAMOS QUE ES OBLIGATORIO PRESENTAR LA AUTORIZACIÓN FIRMADA QUE FIGURA ABAJO JUNTO A UNA FOTOCOPIA DEL DNI DEL PACIENTE.

DATOS DEL PACIENTE:

APELLIDOS	
NOMBRE	
DNI	

AUTORIZACIÓN:

Aranjuez, _____ de _____ de 20 ____

Yo, D/D^a _____, con DNI N^o _____, autorizo expresamente a

D/D^a _____, con DNI N^o _____, a recoger en CLINICA ATLAS estos resultados.

Firma del paciente

Firma de la persona autorizada

IMPORTANTE: En virtud del derecho a la intimidad y carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente, mencionado por la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, esta documentación sólo será entregada al propio paciente o a un tercero que disponga de autorización firmada por el paciente con una copia del DNI/NIF del paciente.

HORARIO DE RECOGIDA DE PRUEBAS 09:00-13:30 Y 16:00-19:30 HORAS

No olvide que la recogida de pruebas radiológicas informadas (TAC, RNM, Mamografías, Ecografías, etc.) se realiza en;

CLÍNICA ATLAS – UNIDAD DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
Avd. Plaza de Toros, 23– Tf. 91 891 19 89