

Annex

Autorització de representant per la tramitació de segona opinió mèdica

El Sr. / Sra.

Etiqueta identificativa

Pacient atès en aquest centre autoritza al Sr. /Sra. _____ per actuar com representant seu per la tramitació d'una petició de segona opinió mèdica. Aquesta autorització suposa donar accés a aquest representant a dades personals del pacient.

Signatura del pacient

Signatura del representant

Autorización de representante para la tramitación de segunda opinión médica

El Sr. / Sra.

Etiqueta identificativa

Paciente atendido en este centro, autoriza al Sr. / Sra. _____ para actuar como representante suyo para la tramitación de una petición de segunda opinión médica. Esta autorización supone dar acceso a este representante a datos personales del paciente.

Firma del paciente

Firma del representante