

Nombre y dos apellidos:  
Dirección:  
Población:  
Teléfono:  
DNI:

(HOSPITAL / CLINICA/AMBULATORIO):

(DIRECCIÓN DEL CENTRO)

ATT. DIRECTOR GERENTE

....., a ..... de ..... de 2011

Muy Sres. Míos:

En virtud de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y de acuerdo al artículo 18 de dicha ley (Derechos de acceso a la historia clínica), solicito de Ud. me sea entregada a la mayor brevedad posible, una copia íntegra, legible y ordenada cronológicamente de mi historia clínica.

Fdo.: Nombre y dos apellidos  
DNI: