

Centro:.....
.....

Nombre del paciente DNI:.....

Representante del menor o incapaz DNI:.....

En el caso de que acuda a recoger los resultados el **propio paciente** deberá presentar su DNI para poder retirarlos, y esta hoja debidamente cumplimentada.

Para la recogida de estudios por una **persona distinta del paciente**, será indispensable:

- Autorización firmada por el paciente y copia del DNI del paciente,
- Fecha, firma y Presentación del DNI de la persona que recoge.

En el caso de **pacientes menores o incapaces**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" (por ej., a través del Libro de Familia), que deberá presentar su DNI para retirarlos.

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZO a D./D^a: con D.N.I.
a que comparezca en mi nombre y representación para recoger los resultados de las pruebas realizadas con fecha.

Firma del paciente:

Firma de la persona autorizada:

Etiqueta con datos personales

Fecha recogida:

Se le comunica que los datos personales que nos facilite quedarán recogidos en los ficheros de este Centro, con la finalidad de gestionar y controlar la entrega de informes y resultados médicos. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose por escrito al responsable de calidad del centro. Para ello, puede solicitar y entregar el formulario que se encuentra a su disposición en el mostrador de Admisión.