

**AUTORIZACIÓN DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA**

Nombre y Apellidos		N.I.F./Pasaporte
Dirección		Código Postal
Población	Teléfono	E-mail

Actuando (marcar lo que proceda):

En su propio nombre y derecho.

En representación de .....

Por medio de la presente **AUTORIZO EXPRESAMENTE** a:

**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ASTURIAS**

**CIF: Q-3366006-I**

**C/ LA LILA 15 – 1º**

**33002 OVIEDO**

A solicitar y obtener en mí nombre, copia de mi historia clínica (Presupuestos, Facturas, Recibos, Informes, Radiografías, Consentimientos Informados, etc.) a los efectos de proceder al estudio y resolución de la reclamación por mi formulada ante dicha Corporación.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA

Nota: Adjuntar fotocopia por ambas caras del DNI del solicitante y, en su caso, del representado.