

SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Al Director/a Médico del Centro: _____

Yo, D/Da _____, con
D.N.I.: _____, nº de teléfono _____ y domicilio, a efectos de
notificaciones en la localidad de _____, provincia de _____,
calle/plaza _____, nº _____, C.P.: _____

Considerando que, en virtud de lo establecido en la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura en su artículo 11.1.0, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en el artículo 5 del Decreto 16/2004, de 26 de febrero, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Y, previo examen de la documentación clínica disponible en el Área/Áreas de Salud de

SOLICITO

La obtención de una segunda opinión médica en los términos establecidos en la legislación vigente.

Lugar y fecha: _____, a _____ de _____ 20____

Firma, _____

