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, _____

De: _____

A: Dirección Médica de Atención Especializada del Área de Salud de Cáceres

Fecha: _____

Asunto: **Solicitud segunda opinión médica**

En relación a la solicitud por la que intereso segunda opinión médica relacionado con mi proceso patológico, al objeto de verificar que concurren los criterios establecidos en el art. 5 del Decreto 16/2004 de 26 de Febrero, le aporto los siguientes datos:

-Proceso patológico sobre el que intereso segunda opinión médica:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

-Copia del último informe de la especialidad a la que solicitó 2ª opinión.

Fdo: _____