

SOLICITUD DE CAMBIO DE MÉDICO TRATANTE

Centro de Salud : _____

Dirección : _____

Datos del Solicitante (Paciente) :

Nombre y Apellidos : _____

DNI / NIE / Pasaporte : _____

Dirección de Residencia : _____

Teléfono de Contacto : _____

Datos del Médico Tratante Actual :

Nombre y Apellidos : _____

Número de Colegiado : _____

Datos del Nuevo Médico Solicitado :

Nombre y Apellidos : _____

Número de Colegiado : _____

Centro de Salud : _____

Motivo de la Solicitud :

Por la presente, solicito formalmente el cambio de médico tratante, motivando esta solicitud en razones de preferencia personal y/o necesidades de atención sanitaria que considere oportunas. Entiendo que este cambio se realizará conforme a la normativa vigente y disponibilidad del servicio.

Declaraciones y Consentimientos :

Declaro que los datos facilitados son veraces y completos. Autorizo al centro de salud y al servicio de salud correspondiente a proceder con los trámites para el cambio solicitado, así como al nuevo médico tratante para acceder a mi historial clínico necesario para una adecuada atención sanitaria.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CENTRO

Firma: _____

Firma: _____

Fuente original de este documento:

<https://lex-familiar.com/solicitud-de-cambio-de-medico-tratante/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://lex-familiar.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.