# Solicitud de copia de mi historial médico

## Remitente

Nombre y apellidos

Domicilio completo

Teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento del paciente

N.º de historial o de paciente

## Destinatario

Nombre del destinatario o del servicio

Domicilio del destinatario

Servicio o médico correspondiente

En (lugar)

Fecha

**Asunto: solicitud de copia de mi historial médico**

Estimados señores:

Le ruego que me remita una copia de mi historial médico que obra en su centro, según las precisiones que figuran a continuación. Adjunto una copia de mi documento de identidad para que puedan comprobar mi solicitud.

## Periodo y motivo

Periodo correspondiente: del

al

Motivo de la solicitud

**Documentos solicitados**

- [ ] Informes de consulta, de hospitalización o de intervención
- [ ] Pruebas de imagen y sus informes
- [ ] Resultados de análisis
- [ ] Recetas y tratamientos prescritos

**Forma de entrega deseada**

- [ ] Envío por correo a mi domicilio
- [ ] Recogida en el centro contra presentación de mi documento de identidad
- [ ] Envío por un medio electrónico seguro
- [ ] Copia de mi documento de identidad adjunta

Respuesta deseada antes del

Le agradezco que me indique los posibles costes de copia o de envío antes de tramitar mi solicitud, así como los trámites adicionales que deba realizar. Los datos solicitados son personales: le ruego que los remita de forma segura.

Atentamente,

Documentos adjuntos

**Forma de envío**

- [ ] Carta certificada con acuse de recibo (o equivalente)
- [ ] Entrega en mano con recibí
- [ ] Otra forma

**Firma**

Nombre completo del firmante