

**Clínica Pinar, S.A.**  
**Apartado de Correos 29057**  
**Madrid (Madrid)**

## DOCUMENTO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE HISTORIAL CLÍNICO

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_

**(márque lo que proceda)**

- Actuando en nombre propio
- Actuando en representación de D./Dña. \_\_\_\_\_  
con DNI: \_\_\_\_\_

### SOLICITO

A Clínica Pinar, S.A. copia del Historial Clínico **(es obligatorio adjuntar copia del DNI del titular del Historial Clínico/en caso de menores de edad copia del DNI del tutor<sup>1</sup>)**. Ruego se me remita a la siguiente dirección de correo:

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Población:** \_\_\_\_\_  
**Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_

Rogamos nos facilite también un teléfono de contacto para que, en caso de duda, podamos contactar con Vd.

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> CLÍNICA PINAR, S.A. no enviará ninguna copia de Historial Clínico si no va acompañado de una copia del DNI y la firma del solicitante en la solicitud