Formulario para la solicitud de cambio de médico o segunda opinión médica

INS-RSS-PSS-AMB-FOR-051
Versión 1

Nombre paciente:	
Nº de identificación:	Régimen de seguro:
Fecha de evento:	Fecha de solicitud:
Teléfono para notificaciones:	Correo electrónico:

Tipo de solicitud: ◯ Cambio de médico ◯ Segunda opinión médica

PARA USO DEL PACIENTE

Describa los motivos de su solicitud
(Puede aportar pruebas escritas en anexo, cualquier documentación de interés)

PARA USO DE JEFATURA MÉDICA

Fecha de resolución: _____

◯ Se acepta solicitud ◯ No se acepta solicitud

JUSTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN FINAL DEL CASO

_____

_____

Nombre y firma jefatura médica