

Declaración de consentimiento para el envío del informe

Por la presente consiento el envío de mi informe a

Los médicos/consultorios/centros de atención médica mencionados a continuación

Mi dirección de correo electrónico privada

Datos del paciente

Apellidos, nombre

Fecha de nacimiento

Modalidad (dispositivo)

Región de la prueba

Fecha del informe

Creador del informe (si se conociera)

Rellene por completo los siguientes datos del destinatario, ya que de lo contrario no se podrá realizar el envío:

Datos del destinatario

Apellidos, nombre del médico

nombre del consultorio o del centro de atención médica

Calle, número de la calle

Código postal, localidad

Número de fax

Opcional: dirección de correo electrónico

o

Dirección de correo electrónico privada

Lugar, fecha

Firma del paciente*

* En nombre del paciente puede firmar un acompañante autorizado a firmar, como un titular del derecho de custodia**, un tutor o un representante autorizado.

** Si firma un solo titular del derecho de custodia (el padre o la madre, por ejemplo), con su firma declara que solo él tiene derecho a la custodia o que actúa de acuerdo con la otra parte con derecho a la custodia.