



“DERECHO A LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA”
DECRETO 180/05, DE 02-11-2005, CONSEJO DE GOBIERNO
D.O.C.M. nº 223 DE 07-11-2005

ANEXO

D/Dña.....
con domicilio a efectos de
notificaciones.....

- En nombre propio.
- En nombre de D./Dña

A.- MANIFIESTA que ha obtenido un diagnóstico emitido por el doctor/a D/D^a.....y en el Centro.....y que habiendo ejercido el derecho que reconoce el artículo 4.1 p) de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.

B.- SOLICITA una segunda opinión médica sobre el proceso sobre el que se ha emitido el diagnóstico mencionado en el párrafo anterior.

C.- ACOMPAÑA a tal efecto la documentación que se señala a continuación:

- Informe clínico sobre el proceso.
- Justificante de haber solicitado el informe clínico.
- Fotocopia del documento nacional de identidad o pasaporte del paciente.
- Fotocopia de la tarjeta sanitaria del paciente.
- Justificación de la representación para suscribir esta solicitud (en su caso).

Ena..... de..... 20.....

Fdo:.....

SR. JEFE DE ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
C/ Huérfanos Cristinos, 5 / 45071 Toledo.