



Germans Trias i Pujol
Hospital



Institut Català
de la Salut

Unitat del Dolor

Tel. 93 497 89 29

Fax 93 497 87 49

Solicitud de informe Médico

A rellenar por secretaria

Avisado en fecha: ___ - ___ -20 ___

Entregado en fecha: ___ - ___ -20 ___

Datos del Paciente:

Nombre y Apellidos: _____

Nº de paciente del hospital (consultar en secretaria): _____

DNI: _____ - _____

Teléfono: _____, _____

Datos del Informe:

Solicita al Dr. / Dra. _____

un informe médico a efectos de presentar en _____

_____ para el día ___ de _____ de 20__ __

Badalona, a ___ de _____ de 20__ __

Firma del solicitante