

**Anexo III. Documento de autorización para persona distinta al paciente.**



**Clínica  
Universidad  
de Navarra**

Yo, ....., como

- Tutor/representante legal del paciente menor de 16 años
- Representante legal del paciente incapacitado legalmente.
- Tercero con autorización expresa del paciente.
- Familiar o persona vinculada en caso de incapacidad circunstancial.

Solicito y autorizo a la Clínica Universidad de Navarra para que emita, y posteriormente me envíe a la dirección indicada este impreso, una Valoración de Segunda Opinión basada en la documentación/información médica facilitada sobre el paciente.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección Completa: \_\_\_\_\_

En ....., a ..... de ..... de 201..

D. / Dña.....

DNI.....

(Firma de la persona autorizada)

**IMPORTANTE,**

En todos los casos habrá de incluirse fotocopia del **DNI** del paciente y del solicitante.

En el caso de **incapacitación legal** se acompañara copia de la sentencia judicial que lo acredite.

En el caso de **incapacidad circunstancial** deberá acompañar certificación médica acreditativa de la imposibilidad de solicitar por sí mismo esa consulta.

En caso de **menor** se acompañara el libro de familia

La Clínica Universidad de Navarra atiende al compromiso de velar por la confidencialidad de sus datos personales y éstos serán tratados conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y la Ley Foral de Navarra 17/2010 de 8 de noviembre, de derechos y deberes de personas en materia de salud.