



SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Área de Salud de Llerena-Zafra

Al Director Médico del Centro _____

Yo, D/Dña. _____ con D.N.I. _____

y domicilio a efectos de notificación en _____ provincia _____

calle/plaza _____ nº _____ C.P. _____

Considero que, en virtud de lo establecido en la Ley 10/2001 de 28 de junio, de Salud de Extremadura, en su artículo 11.1.o, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en el artículo 5 del Decreto 16/2004 de 26 de febrero, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Y previo examen de la documentación clínica disponible en el Área de Salud de _____

SOLICITO

La obtención de una segunda opinión médica en los términos establecidos en la legislación vigente.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma

Obsevaciones: _____

