



## 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_