

INFORMAÇÃO CLÍNICA

Requerimento formulado pelo próprio

Nome _____, Data de
Nascimento ____/____/____, Telefone _____, E-mail _____, Morada
_____, Documento de
identificação (Bilhete de Identidade / CC / Passaporte / Cartão de residente) n.º _____ Emissão / Validade,
_____, requer o acesso a informações clínicas de que é titular, na modalidade de acesso em baixo
assinalada, para fins de _____:

Forma de Entrega

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Por correio simples | <input type="checkbox"/> Por email | <input type="checkbox"/> Levantamento presencial |
| <input type="checkbox"/> Solicita envio através de médico | | <input type="checkbox"/> Não pretende envio através de médico |

Modalidade de acesso

Referir com precisão as áreas assistenciais, datas e serviços

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Relatório clínico | |
| <input type="checkbox"/> Fotocópia dos registos clínicos | |
| <input type="checkbox"/> Cópia de Exames _____ | |
| <input type="checkbox"/> Consulta do Processo Clínico | |
| <input type="checkbox"/> Outro _____ | |

_____, ____ de _____ de 20____

O Requerente: _____
(Assinatura conforme documento de identificação)

Informação do Médico

O Médico: _____ Cédula Profissional: _____ Data: ____/____/____

Parecer Jurídico

Data: ____/____/____

Despacho do R.A.I.

Data: ____/____/____

RECIBO

Deu entrada no HSM EPE _____, em ____/____/____, o requerimento de informação clínica n.º _____

O/a Funcionário/a _____