

Solicitud de Segunda Opinión Médica

A LA DIRECCIÓN GERENCIA / SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

DE: [Nombre del Hospital o Centro de Salud]

DATOS DEL SOLICITANTE: Nombre y Apellidos:

_____ **DNI/NIE:**

_____ **Nº Tarjeta Sanitaria:** _____ **Domicilio a**

efectos de notificaciones: _____ **Teléfono:**

_____ **Email:** _____

EXPONGO:

Que, en relación con el proceso asistencial que sigo en el servicio de [Nombre de la especialidad, ej: Oncología, Cardiología], he recibido con fecha [Fecha del diagnóstico] un diagnóstico/propuesta terapéutica de [Nombre de la enfermedad o tratamiento].

Que, tras valorar la información recibida, deseo ejercer mi derecho a una **segunda opinión médica**, amparado por:

1. La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. La normativa específica de garantías de salud de mi Comunidad Autónoma.

SOLICITO:

Que se tramite mi petición para que mi historial clínico y las pruebas realizadas sean revisados por otro facultativo especialista, con el fin de confirmar el diagnóstico inicial o, en su caso, valorar alternativas terapéuticas, notificándome el centro y facultativo asignado para dicha consulta en los plazos legales establecidos.

En _____, a ____ de _____ de 202

(Firma del paciente o representante legal)