

**IDENTIFICACIÓ PACIENT (Etiqueta)**

**Cognoms:**

**Nom:**

**CIP/Nº S.S:**

**Adreça:**

**Ciutat:**

**Telèfon:**

**C.P:**

A l'atenció de:

Sr/a.....(Nom del responsable del Centre)

En condició de.....(Càrrec)

**Primer.-** Que el Sr/a. .... atès al Centre ..... que presenta ..... està en llista de espera per a la realització de .....

**Segon.-** Que el temps recomanat, segons el meu coneixement / criteri clínic, per a la realització d'aquest procediment / visita especialitzada davant d'aquesta situació clínica és de.....

**Tercer.-** Que en cas de no dur-se a terme aquest procediment / visita especialitzada en el temps esmentat , aquest Centre ho ha de notificar de forma fefaent al pacient.

**Quart.-** Que faig coneixedor d'aquesta informació al pacient per tal que faci la reclamació pertinent, si ho considera oportú.

La qual cosa manifesto a ....., el ..... de ..... de 201

Signat:

Nom i Nº col·legiat (o segell) i signatura