**1**

**Identificación Paciente**

**PACIENTE**

**Nombre y apellidos**

**DNI o equivalente**

**Fecha de nacimiento**

**Teléfono de contacto**

**/ /**

**CIP**

**2**

**Identificación Solicitante**

**SOLICITANTE**

**Paciente**

**Otra persona o centro sanitario:**

**Teléfono de contacto**

**Nombre y apellidos del solicitante / Nombre del centro solicitante**

**DNI / CIF / equivalente**

En caso de **menores de 16 años** han de constar los datos de los dos progenitores/tutores, a no ser que se acredite familia monoparental o la suspensión de la patria potestad.

**3**

**Descripción Solicitud**

**SOLICITUD**

**Material solicitado:**

***Muestra biológica.*** Indicar el tipo de muestra**: *........................***

***Datos analíticos***

**Otros: *........................***

**4**

**Forma de Entrega**

**ENTREGA**

**En persona:** La persona que lo recoja tendrá que mostrar el DNI o documento equivalente **original**

**De lunes a viernes de 9.00 a 14.00 h**

Punto de atención documental, entrada principal por la calle Sant Quintí

**Por mensajería a cargo del paciente y/o centro sanitario de destino a la siguiente dirección (INDICAR EMPRESA MENSAJERIA):** 

En caso de recogida y entrega por mensajería, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau no se hace responsable del material solicitado una vez entregado a la empresa de mensajería.

**Cuando la recogida no sea presencial, es necesario adjuntar a la solicitud el documento de identidad del paciente (DNI o documento equivalente) y, si se solicita en nombre del paciente, además es necesario adjuntar un documento que acredite su representación.**

................................................................

Firma paciente, tutor/es, representante o autorizado/da

**ACREDITACIÓN NECESARIA PARA RECIBIR LAS MUESTRAS O DATOS ANALÍTICOS**

**5**

**Acreditación necesaria**

##### Si es el/la titular:

##### DNI o documento equivalente válido que le identifique

##### Si es un/a representante o autorizado/da:

##### Copia del DNI o documento equivalente del/la titular y del/de la representante

##### Autorización firmada por el titular/poderes para la solicitud y/o recogida de las muestras o datos analíticos

##### Para pacientes difuntos:

##### Copia del DNI o documento equivalente del solicitante

##### Copia del libro de familia o documento de voluntades anticipadas

##### Para pacientes menores de 16 años:

##### Copia del DNI o documento equivalente del/la titular y de los tutores o del/de la representante

##### Copia del libro de familia o documento que acredite la tutela

**Para pacientes incapacitados o con medidas de soporte a la capacidad:**

* Copia del DNI o documento equivalente del/de la titular y del/de la representante o persona autorizada
* Copia del documento acreditativo de la representación, medidas de soporte o curatela (sentencia, poderes, etc.)