

FORMULARIO DE CONSULTA AL COMITÉ

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA CONSULTA

Nombre: _____ Apellidos: _____
D.N.I: _____ Fecha de su consulta: _____
Domicilio de contacto: _____
Localidad: _____ Código Postal: _____
Teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: _____

SU CONSULTA SE REFIERE A:

Usted mismo Un familiar Un paciente
¿Qué relación tiene con él?:

¿EN QUÉ CENTRO SANITARIO Y FECHA HA TENIDO LUGAR LA ASISTENCIA SANITARIA?

En el _____ de _____, el día _____

EXPONGA BREVEMENTE EL CASO

¿QUÉ PREGUNTAS REALIZA AL COMITÉ?

- 1.
- 2.
- 3.