



Sello Entrada CODC

**AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE INFORMACIÓN
Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:**

Paciente Edad

D.N.I. Dirección a efecto de notificaciones en C/

.....

Población Código Postal Tlf

Observaciones

.....

.....

.....

Autorizo la cesión al Sistema Defensor del Paciente Odontológico, por parte de los profesionales / clínicas implicados/as, de la información clínica y documentación complementaria relativa al tratamiento recibido en sus consultas (Presupuestos, Facturas, Recibos, Historia Clínica, Radiografías, Consentimiento Informado, etc) que los profesionales o el Sistema Defensor del Paciente Odontológico consideren necesaria para la instrucción de la queja / reclamación por mí interpuesta ante dicho órgano; extremando las partes en dicha cesión el cumplimiento de la obligación de secreto y custodia, así como la adopción de las medidas necesarias que eviten su pérdida o acceso no autorizado.

Firma,

En a de de 2.....