

AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA DE MEDICACIÓN

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

DNI / NIE / Pasaporte:

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA

Nombre y apellidos:

DNI / NIE / Pasaporte:

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

El/La abajo firmante declara que, por causa justificada que le impide acudir personalmente, **autoriza expresamente** a la persona identificada en el apartado anterior a recoger, en su nombre y representación, la medicación hospitalaria que le corresponda en el Área de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Validez de esta autorización (marcar una opción):

☐

Dispensación única (una sola vez)

☐

Hasta la fecha: ____ / ____ / ____

Si no se especifica fecha, la autorización tendrá validez de 12 meses desde la fecha de firma.

FIRMA

En Alcalá de Henares, a de de 20

Firma del paciente

Firma de la persona autorizada

(Nombre y apellidos)

(Nombre y apellidos)

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A PRESENTAR JUNTO CON ESTE DOCUMENTO:

- Fotocopia del DNI/NIE del paciente (o tarjeta sanitaria).
- DNI/NIE original de la persona autorizada (para cotejo).

Este documento deberá presentarse en cada acto de dispensación, salvo que el Servicio de Farmacia haya archivado una copia en el expediente del paciente.

Servicio de Farmacia Hospitalaria · Hospital Universitario Príncipe de Asturias · Carretera Alcalá-Meco, s/n · 28805 Alcalá de Henares
(Madrid)
Área de Pacientes Externos · SERMAS