

**REQUISITS D'ACREDITACIÓ NECESSARIS
PER AL SOL·LICITANT DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA
Centre Salut Mental Infantil i Juvenil Creu Verda**

Lloc de recollida: De dilluns a divendres de 8:30 a 14 hores, dimarts i dimecres de 16 a 18 hores, al Servei Atenció al Ciutadà del centre.

Contacte: 93 460 75 20 de dilluns a divendres de 8:30 a 13:30 hores, dimarts i dimecres de 16 a 17:30 hores.

Recollida de la documentació: 15 dies laborables després de sol·licitar-la

Documentació necessària:

1. **Pacient:** Original DNI, passaport o documentació amb fotografia.
2. **Persona autoritzada pel pacient:**
 - Carta d'autorització signada pel pacient que inclogui el nom complet de la persona autoritzada i la seva relació de parentiu.
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia del pacient.
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia de la persona autoritzada.
3. **En cas de defunció**
 - Llibre de família, en cas de parentiu en primer grau (cal lliurar fotocòpia).
 - En cas que no tingueu relació de parentiu amb el pacient, testament legitimat que us acrediti com a hereu/va.
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia (persona que recull la documentació).
4. **Tutor legal del pacient:** Reconeixement judicial.
5. **Pare / mare, en cas de menors d'edat:**
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia del sol·licitant
 - Llibre de família.
6. **Representant del pacient:**
 - Carta d'autorització signada pel pacient que inclogui el nom complet de la persona que ostenta la seva representació.
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia del representant.

En cas de representació del pacient, l'Hospital es reserva el dret de comprovar i demanar demostració de la documentació.

Autorització per a la recollida de la documentació sol·licitada

El Sr./Sra. _____

amb DNI _____ autoritza a _____

amb DNI _____ a recollir la documentació sol·licitada.

Data: _____

Signatura _____