

MODELO PARA PRESENTACION DE CONSULTAS EN EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL MAZ ZARAGOZA

El formulario de consultas deberá ir firmado por quien formule la consulta, y remitirse por correo a: MAZ, Secretaría del CEA, C/ Sancho y Gil 2-4, 50001 Zaragoza

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre:

Apellidos:

Dirección de contacto:

Teléfono de contacto:

DNI:

Fecha en la que se realiza la consulta:

IMPLICACIÓN DEL SOLICITANTE

Médico

Paciente

Médico/DUE/Auxiliar

MOTIVO DE LA CONSULTA

Explique el motivo de la consulta

(Deberá contener: hechos con fecha en la que haya tenido lugar. Informes que pudiera considerar de interés para el supuesto planteado).