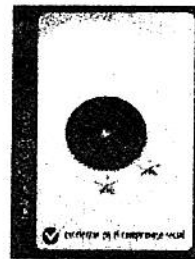




Servicio de Atención a
Familias y Afectados



AUTORIZACIÓN PACIENTE

D/Dña. _____

DNI nº _____

AUTORIZO:

Al Servicio de Asesoría Jurídica y Social en Adicciones y Salud Mental con domicilio social en Ronda de Alarcos, 28 de Ciudad Real a que se informe por parte de (especificar recurso)

en relación con:

☐ **Historial Toxicológico**

☐ **Tratamiento**

☐ **Evolución**

☐ **Otros:** _____

con el fin de poder ser aportado a _____

con el objeto de poder solicitar _____

En Ciudad Real, a _____ **de** _____ **de 20** _____

Fdo.: _____

Ronda de Alarcos, 28 • Aptdo. 637 • 13002 - C. Real

Teléfono: 926 921149 • Fax: 926 921337

E-mail: unionsafa@hotmail.com

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
EN MATERIA DE FAMILIAS
Y SALUD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
EN CASTILLA-LA MANCHA



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha