



Hospital Psiquiátrico Universidad de Oviedo

Tipo de documento: **Historia clínica**

Motivo del informe:

Fecha de generación:

N.º de historial:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Código del paciente:

Apellido:

E-mail:

Móvil:

N.º Historial:

Nombre del diagnóstico

Fecha

INSTITUCIÓN EMISORA

Denominación del servicio de salud: **SESPA Servicio de salud del Principado de Asturias**

Denominación del centro: **Hospital Psiquiátrico Universidad de Oviedo**

Tipo de vía **Calle**

Nombre de la vía **Valdés Salas**

N.º de la vía **11**

Código postal **33007**

Municipio **Oviedo**

Provincia **Asturias**

País **España**

Teléfono **985102796**

Este documento(s) se dirige exclusivamente a su(s) destinatario(s) y puede contener información privilegiada o confidencial. El acceso a esta información por otras personas distintas a las designadas no está autorizado. Si Vd. no es el destinatario indicado, queda notificado que la utilización, divulgación y/o copia sin autorización está prohibida en virtud de la legislación vigente