

Sres. ARCHIVO de HISTORIAS CLÍNICAS

FECHA

Por medio de la presente solicito el envío por E-Mail de copia de Historia Clínica

PACIENTE :

APELLIDO Y NOMBRE

DNI.....

ID o Número de Socio Plan de Salud.....

Atte

.....

Firma

Aclaración

ADJUNTAR IMAGEN DNI FRENTE Y DORSO

E-Mail: **archivo.historiasclinicas@hiba.org.ar**

HOSPITAL ITALIANO - Archivo de Historias Clínicas

Lunes a Jueves de 9 a 16 hs / Viernes 9 a 15:30 hs

Tel:(011) 4959-0200 Int. 8362/8228