

Fecha:

## Al Archivo de Historias Clínicas

Por la presente, les solicito una copia de la historia clínica de internación y ambulatoria.

Motivo del pedido:

---

---

---

---

---

Paciente:

Apellido y nombre:
Fecha de nacimiento:
DNI:
Fecha y lugar de fallecimiento:

Solicitante:

Firma	Aclaración
DNI:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	