

Fecha:

--	--	--

## Al Archivo de Historias Clínicas

Por medio de la presente, les solicito el envío por correo electrónico de la copia de mi historia clínica.

Paciente:

Apellido y nombre:

DNI:

ID o número de socio/a del Plan de Salud:

Firma

Aclaración

Junto con el formulario, adjuntar una imagen de tu DNI de frente y de revés.  
Enviar a: ***archivo.historiasclinicas@hiba.org.ar***

Hospital Italiano - Archivo de Historias Clínicas

Lunes a jueves, de 9 a 16 H - Viernes, de 9 a 15:30 H.

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