

SOLICITUD DEL PACIENTE DE LA HISTORIA CLÍNICA

A la CLÍNICA \_\_\_\_\_

Nº DE REGISTRO SANITARIO \_\_\_\_\_

SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Se acompaña fotocopia

DOMICILIO \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

TLF \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

Solicito remitan copia de la historia clínica

- Completa
- Relativa al tratamiento \_\_\_\_\_

Solicito que sea remitida

a la dirección \_\_\_\_\_

al mail \_\_\_\_\_

Lugar y fecha

Firma