



Ushuaia,..... dede 20

Señores.

Dirección Médica.

Por medio de la presente solicito copia de Historia Clínica según los siguientes detalles:

Nombre y Apellido:

.....

D.N. I N°.

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD. Solicita:

Madre:.....

DNI N°:

Padre:.....

DNI N°:

Motivo:.....

.....

Consultas: SI NO Fecha: desde.....hasta.....

Internaciones: SI NO Fecha: desde..... hasta.....

Informes de estudios:.....

Observaciones:.....

.....

Firma: .

Aclaración:

Se informa, que la entrega de la historia clínica, por Ley 26.529- Ley de Derechos del Paciente, Artículo 4ª, es en forma PERSONAL, o PODER NOTARIAL con presentación de DNI.

Esta copia tendrá un costo por gastos de impresión.