

REG. 047 - V05 RETIRO Y ENTREGA COPIA DE HC



Fecha: _____

Nº HC: _____

QUIEN SUSCRIBE _____

DNI _____ TEL: _____

PACIENTE DEL/ LA DR/A _____

SOLICITA COPIA DE SU HISTORIA CLÍNICA A LOS EFECTOS DE PRESENTARLA

ANTE _____

CON MOTIVO DE _____

La modalidad de entrega de su Copia de HC será de forma presencial presentando el formulario firmado y DNI de los dos. Es **IMPORTANTE que nos brinden su conformidad y consentimiento para poder entregar la documentación requerida.**

SI NO PUEDE CONCURRIR CON SU PAREJA, DEBERÁ PRESENTAR EL FORMULARIO FIRMADO Y DNI DE LOS DOS.

FECHA DE RETIRO DE COPIA: _____

- TITULAR QUE SOLICITA

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FIRMA: _____ **ACLARACIÓN:** _____

- CONCENTIMIENTO DE PAREJA

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FIRMA: _____ **ACLARACIÓN:** _____