

BUENOS AIRES,

DIRECCIÓN ASOCIADA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

S/D

A través de la presente solicito a Ud. copia de la Historia Clínica:

N° HC/DNI		
NOMBRE & APELLIDO		
MOTIVO DE PETICION		
¡ACLARE SOLO UNA OPCION!		
RETIRA PERSONALMENTE O AUTORIZO A REMITIR POR EMAIL		
	Certifico que el siguiente mail es personal y el indicado para que se me remita la HC de mi hija/o de manera única y haciéndome responsable de su uso. ¡ESCRIBIR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE!	
	EMAIL:	
¿NECESITA DVD IMAGENES?	SI NECESITA DVD DE IMÁGENES, ÉSTAS SE RETIRAN PERSONALMENTE O SE ENVÍAN POR CORREO.	
	Solo se envían aquellos dentro del Territorio Argentino, a una distancia superior de 100 KMS.	
DATOS DE CONTACTO	NOMBRE & APELLIDO	
	DNI/ PARENTESCO	
	N° DE CONTACTO	
	DIRECCION	
	FIRMA	
	ACLARACION	

AUTORIZADO

CÓDIGO 1845FA4

La demora para cumplimentar este pedido es de 15 días hábiles. Puede realizar consultas, a partir de los 5 días de realizado el pedido, al sector de ARCHIVO/COPIA de HC: 4122-6040 de 8 hs a 16 hs.-