

BUENOS AIRES, _____

DIRECCIÓN ASOCIADA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

S/D

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

Nº HC/DNI		
NOMBRE		
APELLIDO		
MOTIVO DE PETICION		
¡ACLARE SOLO UNA OPCION!		
RETIRA PERSONALMENTE	<input type="checkbox"/>	Se realizará la entrega de 1 (UNO) CD con toda la información existente.
AUTORIZO A REMITIR POR EMAIL	<input type="checkbox"/>	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!
¿NECESITA DVD IMAGENES?	<input type="checkbox"/>	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 DEL SOLICITANTE	NOMBRE Y APELLIDO	
	DNI/ PARENTESCO	
	Nº DE CONTACTO	
	DIRECCION	
	Calle	Nº
	Piso	Depto.
	Localidad	
	Provincia	
	Código Postal	
FIRMA		

AUTORIZADO

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.-