

**SOLICITA COPIA HISTORIA CLÍNICA
PRESENTE**

De mi consideración:

Nombre del paciente:

D.N.I. N°

Domicilio: Calle N°,

Barrio de la Ciudad de,

Dpto de la Provincia de

Teléfono de Contacto:

Me dirijo al Sr. Director a fin de solicitar me sea remitida vía e-mail a la casilla que indico a continuación

....., copia completa de mi Historia Clínica N°,

obrando en esa institución.

Remito adjunto al presente constancia escaneada de mi Documento Nacional de Identidad.

Saludo a Ud. atte.-

.....
Firma del paciente: