



FECHA			
	aaaa	mm	dd

**SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA**  
AUTORIZACIÓN PARA LEVANTAR RESERVA

No. HISTORIA CLÍNICA:	E-MAIL:
-----------------------	---------

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
C.C.:	TELÉFONO:	No. COPIAS:	No. IMPRESIÓN:

ESPECIFIQUE QUÉ PARTE NECESITA DE LA HISTORIA:


ESTA SOLICITUD ES PARA:


	ATENDIÓ:	FIRMA O NOMBRE DE QUIEN RECIBE	FECHA DE RECIBIDO:
NOMBRE COMPLETO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE	CANCELÓ:		ENTREGÓ:
PARENTESCO CON EL PACIENTE			