



PEDIDO DE FOTOCOPIAS DE HISTORIA CLÍNICA

Form. Nº:

Fecha

AUDITORÍA MÉDICA - LEGALES
TEL. (0343) 4200517 / 522
BUENOS AIRES 550 - (3100) PARANÁ -
ENTRE RÍOS

Datos del Paciente

Apellido y Nombre: _____

Historia Clínica Nº: _____ Fecha de Inter: _____

Obra Social: _____ Médico: _____

DNI Nº: _____

Datos del Solicitante:

Apellido y Nombre: _____

Parentesco: _____

D.N.I. Nº: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Motivo del Pedido: _____

Servicio de Archivo:

Entrada: _____

Salida: _____

Observaciones: _____

Entregada a Admisión por: _____ Fecha _____ Folio _____

Recibe: _____

Firma Recepcionista

Firma Autorizada

Firma de quién retira

COD. 01: 02: 03: 04: 05: 06: 07: 08: 09: 10: