SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombres completos: _____

Cédula: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿De qué fecha (o periodo) solicitas la historia clínica?: _____

☐ El paciente es menor de edad (si marcas esto, adjunta también la cédula del padre y de la madre — ver más abajo)

DATOS DE QUIEN SOLICITA (quien firma este formulario)

Marca una opción:

☐ Soy el paciente ☐ Soy el padre ☐ Soy la madre

Nombres completos: _____

Cédula: _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD

_____

_____

_____

DOCUMENTOS QUE DEBES SUBIR JUNTO CON ESTE FORMULARIO

- Este formulario, ya lleno, firmado y escaneado (o una foto legible).
- Si el paciente es mayor de edad: una copia de su cédula de identidad.
- Si el paciente es menor de edad: una copia de la cédula del padre Y de la madre (o de su representante legal). Si solo cuentas con la de uno, podrás explicar el motivo en la plataforma.

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verídica y que tengo derecho a solicitar esta historia clínica, ya sea en calidad de paciente o de representante legal del paciente.

Fecha: _____ **Firma:** _____