|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    | **LOS COBOS MEDICAL CENTER**  | **VERSION 01**  |
| **SOLICITUD DE HISTORIA CLÏNICA Y RESULTADO**  | **CODIGO: FOR-GDA-036**  |

 Señores:

**LOS COBOS MEDICAL CENTER**

Ciudad

Cordial saludo,

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con el tipo de documento \_\_\_\_\_\_número

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito copia de:

**Indique la fecha que corresponde a la historia clínica o resultado a reclamar** Fecha: DD / MM / AA

 Copia de Historia Clínica: Completa Parcial

 Resultado de Radiología / imágenes Diagnosticas

 Resultado de medicina nuclear

 Resultado de Gastroenterología

 Resultado de Cardiología

 Resultado de Laboratorio

 Resultado de Biopsia

 Resultado de Patología

Esta solicitud se firma el día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***Debe Anexar:*** *Copia del documento de identidad*

