

Bucaramanga, _____

Señores

CLÍNICA BUCARAMANGA CENTRO MÉDICO DANIEL PERALTA S.A. EN LIQUIDACIÓN
Bucaramanga.-

REFERENCIA: Solicitud de Historia Clínica

Yo _____ identificado con el documento de identidad número _____, actuando en calidad de:

- a) Nombre propio ()
- b) Representación del menor _____
- c) Representación de: _____
- d) Apoderado de: _____

Solicito Historia Clínica del paciente – usuario _____ identificado con el documento de identidad número _____, quien fue atendido en esta institución para el año _____, cuyo parentesco es _____

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

C.C. _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Adjunto los siguientes documentos:

- a) Copia documento de identidad de: _____
- b) Copia documento de identidad de: _____
- c) Registro civil del menor: _____
- d) Registro civil que acredita parentesco: _____
- e) Registro civil del matrimonio: _____
- f) Acta de defunción de: _____
- g) Poder debidamente otorgado por: _____
- h) Copia de la Tarjeta Profesional de: _____