



## SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

AD-AS-FO30 (V3) 19/07/2022

**FECHA**

**ASUNTO:** SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Yo, \_\_\_\_\_ identificado/a con número de documento \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, quien actúa en calidad de \_\_\_\_\_ (Representante/titular), del paciente \_\_\_\_\_, identificado/a con documento No. \_\_\_\_\_ solicito se me haga entrega de la historia clínica al haber sido atendido en AUVIMER IPS Salud Integral en Casa SAS.

Agradezco su colaboración.

Nombres y apellidos

Documento

Correo electrónico

Numero de contacto