

Formato solicitud Historia Clínica de menor de edad

Bucaramanga, _____ de _____

Señores

CLINICA LA RIVIERA

Bucaramanga

Yo, _____, identificado (a) con el número

_____, en calidad de representante legal, solicito copia de la historia clínica de

_____, identificado (a) con el número

Parentesco del solicitante: _____ Padre o madre ____ Otro_ ____
Cuál _____

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

Esta historia clínica es solicitada con el fin de:

Copia completa ____ parcial _____

Firma del solicitante: _____ CC _____

Correo electrónico: _____

Debe anexar: copia de la cédula del titular
copia de la cédula del solicitante
copia del registro civil en donde conste el parentesco
documento que establezca la representación legal del menor (si no es padre o madre)

Formato solicitud Historia Clínica de menor de edad

Bucaramanga, _____ de _____

Señores

CLINICA LA RIVIERA

Bucaramanga

Yo, _____, identificado (a) con el número

_____, en calidad de representante legal, solicito copia de la historia clínica de

_____, identificado (a) con el número

Parentesco del solicitante: _____ Padre o madre ____ Otro_ ____
Cuál _____

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

Esta historia clínica es solicitada con el fin de:

Copia completa ____ parcial _____

Firma del solicitante: _____ CC _____

Correo electrónico: _____

Debe anexar: copia de la cédula del titular
copia de la cédula del solicitante
copia del registro civil en donde conste el parentesco
documento que establezca la representación legal del menor (si no es padre o madre)