

Bucaramanga, _____ de ____

Solicitud Historia Clínica -Menor de Edad

Código: SAC-FR017 Versión: 00

Fecha: 06-01-2022

Cordial saludo,								
Yo,					, ide	entificad	do (a)	cor
el número			, en	calidad de re	presenta	nte lega	ıl, solicito	o copia
de la historia cl	ínica de	·						
identificado (a) con	el nún	nero			•		
Parentesco del	solicitar	nte: Padre:	:	Madre:	Otro	o:		
Otro – ¿Cuál?: ˌ								
Nota: En caso de	otro pare	entesco dife	rente a lo	os señalados de	eberá med	iar una s	entencia	judicial
Esta histo	oria	clínica	es	solicitada	con	el	fin	de
Esta histo Copia: compli	eta	_ parcial				el	fin	de
Copia: compl	eta	_ parcial					fin	de
Copia: compl	eta	_ parcial						de

Clínica La Riviera Bienestar en Movimiento

Solicitud Historia Clínica -Menor de Edad

Código: SAC-FR017

Versión: 00 Fecha: 06-01-2022

Copia: comple	•	al			Céd	ula	
Copia: comple	eta parcia	al					
Nota: En caso de d Esta histo	otro parentesco dife oria clínica					·	<i>udicial.</i> de:
Otro – ¿Cuál?: _							
Parentesco del s	solicitante: Padre	e:	Madre:	Otro	:		
identificado (a)) con el nú	mero	.		·		
de la historia clí	nica de						,
el número		, en	calidad de re	presentar	nte legal,	solicito	copia
Yo,				, ide	entificado) (a)	con
Cordial saludo,							
Señores Clínica la Rivie Bucaramanga	ra						

Nota: 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).