

	Solicitud Historia Clínica - Menor de Edad	Código: SAC-FR017
		Versión: 00
		Fecha: 06-01-2022

Bucaramanga, _____ de _____

Señores
Clínica la Riviera
Bucaramanga

Cordial saludo,

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: ____ Madre: ____ Otro: ____

Otro – ¿Cuál?: _____

Nota: 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____

Fecha de la atención requerida: ____/____/____.

	Firma	Cédula
Solicitante		

Correo electrónico: _____

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).

	Solicitud Historia Clínica - Menor de Edad	Código: SAC-FR017
		Versión: 00
		Fecha: 06-01-2022

Bucaramanga, _____ de _____

Señores
Clínica la Riviera
Bucaramanga

Cordial saludo,

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: ____ Madre: ____ Otro: ____

Otro – ¿Cuál?: _____

Nota: 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____

Fecha de la atención requerida: ____/____/____.

	Firma	Cédula
Solicitante		

Correo electrónico: _____

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).