

	Autorización para reclamar Historias Clínicas - Terceros	Código: SAC-FR020
		Versión: 00
		Fecha: 06-01-2022

Bucaramanga, _____ de _____

Señores
Clínica la Riviera
Bucaramanga

Cordial saludo,

Yo, _____, identificado (a)
con el número _____, autorizo a
_____ identificado (a) con el
número _____ para que portando mi documento de
identificación reclame copia de mi Historia Clínica, para efectos de

Copia: completa____ parcial____

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

	Firma	Teléfono
Titular		
Solicitante		

Correo electrónico: _____

Nota: Debe anexar copia de la cédula del titular y copia de la cédula del solicitante.

	Autorización para reclamar Historias Clínicas - Terceros	Código: SAC-FR020
		Versión: 00
		Fecha: 06-01-2022

Bucaramanga, _____ de _____

Señores
Clínica la Riviera
Bucaramanga

Cordial saludo,

Yo, _____, identificado (a)
con el número _____, autorizo a
_____ identificado (a) con el
número _____ para que portando mi documento de
identificación reclame copia de mi Historia Clínica, para efectos de

Copia: completa____ parcial____

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

	Firma	Teléfono
Titular		
Solicitante		

Correo electrónico: _____

Nota: Debe anexar copia de la cédula del titular y copia de la cédula del solicitante.