



# ASOCIACIÓN HOSPITAL ITALIANO REGIONAL DEL SUR

Tel.: (0291) 550-6700 (líneas rotativas) - Necochea 675 - B8001HXM - Bahía Blanca - Buenos Aires - Argentina

## SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Quien suscribe, Sr./Sra. ...., DNI .....

con domicilio en calle ..... de la ciudad de .....,

vengo por el presente a solicitar copia autenticada de mi Historia Clínica de la cual su institución es depositaria.

1. Que solicito:

- *Resumen de Historia Clínica*

Aclarar: motivo/lugar de presentación/actuaciones médicas requeridas:.....

.....

.....

- *Copia completa de Historia Clínica*

2. Que el titular de la Historia Clínica se encuentra en:

- *Proceso de atención*
- *Situación de urgencia y/o gravedad*
- *Fuera del proceso de atención hospitalaria*

Fecha: ...../...../.....