

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Departamento de Archivo Clínico

Hospital o Clínica: _____

Presente

Estimado/a _____:

Por medio de la presente, me permito solicitar de manera respetuosa una copia de mi historia clínica completa registrada en este centro médico, con el propósito de

_____.

Mis datos personales son los siguientes:

- Nombre completo: _____
- Número de expediente: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Número de identificación: _____

Autorizo al personal correspondiente a gestionar mi solicitud conforme a los procedimientos establecidos y a contactarme en caso de requerir información adicional. Asimismo, estoy dispuesto/a a presentar los documentos de identificación necesarios para acreditar mi identidad.

Agradezco de antemano su atención y apoyo para la pronta entrega de mi historia clínica. Quedo a la espera de su respuesta y a disposición para cualquier duda o aclaración.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de contacto: _____