

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: \_\_\_\_\_