*Buenos Aires, de de 202\_*

*DIRECTORA ASOCIADA DE ATENCIÓN AL PACIENTE*

*LIC. ANA BRULC*

*S/D*

 *A través de la presente solicito a Ud. copia de la Historia Clínica*

*NºHC/DNI…………………….. Nombre y Apellido…………………………………………………..…………… (que me pertenece.// pertenece a mi hijo/a),*

*Motivo:………………………………………………………………………………………………………….......……*

***# Retiraré Personalmente***

***# Solicito se envíe por correo*** *(Dentro del Territorio Argentino, a una distancia superior de 100km.)*

 *A nombre de:……………………………………………………………….………………….*

 *Calle y Nº:………………………………………………………………………………………*

 *Localidad – Provincia y C. Postal:….……………………………………..………………...*

***# Autorizo se me remita por mail***

 *Certifico que el siguiente mail es personal y el indicado para que se me remita la HC de mi hija/o de manera única y haciéndome responsable de su uso.*

 *MAIL : ……………………………………………………………………………………………………….*

|  |
| --- |
| ***# Si necesita DVD de imágenes, éstas se retiran personalmente o se envían por correo.***  |
| ***(Aclare):****………………………………………………………………………………………………………* |
|  |
|  *FIRMA :………………………………………………..* |
|  *ACLARACION:……………………………………….* *DNI:………………………………………………….* *PARENTESCO:………………………………………* *CELULAR:…………………………………………….* |
|  *DOMICILIO:………………………………………….* |
| ***Puede realizar consultas al Sector de Archivo/Copia de HC : 4122-6040 de 8 hs a 16 hs*** |
| *RECIBIDO POR DAAAP: AUTORIZADO:* |