

SOLICITUD COPIA DE FICHA CLÍNICA

Dalcahue ____/____/ 202__

Teniendo conocimiento que la información contenida en los registros clínicos está sujeta a la Ley N°20.584 de Deberes y Derechos del Paciente, solicito a usted fotocopia de:

Datos del Paciente:

Nombre _____

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Rut _____

Fecha de nacimiento _____

Día de atención solicitada _____

Datos del Solicitante o Representante Legal

Nombre Completo _____

Rut _____

Teléfono _____

Correo Electrónico _____

FIRMA Y RUT DE SOLICITANTE