



## SOLICITUD DE COPIA HISTORIA CLINICA ODONTOLOGIA

A-TIC-HC-MA-001-PR-001-FO-001

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

TELEFONOS \_\_\_\_\_

SOLICITA:    RX    ☐    MODELOS    ☐    COPIA DE HISTORIA    ☐    OTROS    ☐

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

MTIVO \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE FOLIOS: \_\_\_\_\_

RECIBIDO: \_\_\_\_\_