



**Instituto CENESA**  
Zabala 432 – Salta  
www.cenesa.com.ar  
(0387) 4237373

---

## *Pedido de modificación H.C*

En el día de la fecha \_\_\_\_\_ solicito la modificación de la historia Clínica

Del paciente D.N.I N° \_\_\_\_\_ Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Cambio a realiza y motivo: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración de solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración autorizante

\_\_\_\_\_  
Realizado por firma y aclaración

\_\_\_\_\_  
Fecha