

## SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS

**PROFESIONAL:** MEDICO DE PRUEBA 1

**ESPECIALIDAD:** Especialidad 1

**SERVICIO:** Servicio 8

**FECHA EMISION:** 2017-08-17 22:21:06

**FECHA SOLICITUD:** 2017-08-17 00:00:00

**FECHA ENTREGA:** 2017-08-17 00:00:00

**DETALLES:** Prueba interna.

**LUGAR FISICO HHCC:** POR DEFINIR (TRAZABILIDAD)

**MOTIVO:** Operacion

**PACIENTES:**

HHCC	RUT	NOMBRE
3	20.909.812-2	PACIENTE DE PRUEBA 3
6	6.400.602-2	PACIENTE DE PRUEBA 6
11	22.883.249-2	PACIENTE DE PRUEBA 11