

SOLICITUD / RECIBO DE DOCUMENTACIÓN ASISTENCIAL

DATOS DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Apellidos y Nombre: _____

DNI: _____ **Teléfono de contacto:** _____

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA:

El titular recibe la documentación solicitada.

Firma del Titular

Fecha: _____

Para que Hospital Quirón pueda proceder a la entrega de la documentación solicitada es necesario adjuntar a esta solicitud:

- 1. Copia del DNI. del paciente*