



SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA-MENORES DE EDAD Formulario 02

San Isidro, _____ de _____ de 20 _____

Señores
CLÍNICA ANGLO AMERICANA
Presente.-

Atención: Director Médico

De mi consideración:

Por el presente documento yo, (PADRE) _____
_____, con documento de identidad _____, (MADRE) con
documento de identidad _____, padres del menor _____,
solicitamos a usted se sirva proporcionarnos _____

Motivo: _____

Copia de H.C. Simple foliada

Fedateada

En caso que ninguno de los firmantes pueda recoger las copias, autorizamos a _____
_____ con documento de identidad _____
a realizar el trámite respectivo.

Atentamente,

Firma del padre

Firma de la madre

Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____

Entregado a:

Nombres y apellidos:		
Doc.	N° Doc.	
Fecha		
		Firma

Condiciones para el trámite:

1. El trámite de copias se inicia con un pago de **S/. 40.00** nuevos soles a partir del 01-07-17.
2. El costo por hoja (simple foliada) es de **S/2.00**; Fedateado, **S/4.00** por hoja.
3. La entrega de copia tiene un plazo de **06 días** útiles, de acuerdo a ley.
4. Presentar copia del documento de identidad del paciente y persona autorizada.
5. El paciente dispone de un plazo máximo de **30 días** desde la confirmación de la solicitud para recoger sus copias, pasado este plazo las copias serán eliminadas y cargadas a su cuenta.
6. Información de contacto: Correo electrónico: historiaclinica@angloamericana.com.pe
Teléfono: 616-8900 anexo: 1507.
7. Entrega de copias, lunes a viernes de **9:00 am. a 1:00 pm** y de **3:00 pm. a 6:00 pm.**