



**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 _____ y (MADRE)
_____ con documento de
identidad _____, padres del menor _____
_____, solicitamos a usted se sirva proporcionarnos

Motivo: _____

Copia de H.C. Simple foliada

Fedateada

Servicios Auxiliares: SI _____ NO _____

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 05 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.