

SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

Fecha de Petición:	
--------------------	--

UNIDAD PETICIONARIA

Médico Actual:			
Centro Actual:	Centro de Salud Épila		
Dirección del Centro:	Calle Escuelas, 02		
Localidad :	Épila	Provincia:	Zaragoza
		C.P.	50.290
Teléfono:	976 60 33 63	Fax :	976 60 31 13

DATOS USUARIO

Apellidos y Nombre	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	DNI

Médico Anterior:			
Centro Anterior:			
Dirección del Centro:			
Localidad :	Provincia	C.P.	
Teléfono:		Fax :	

MOTIVO SOLICITUD

<input checked="" type="checkbox"/>	Por residir actualmente en esta Zona Básica de Salud
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

Responsable del Centro Solicitante,
 Fdo: _____

Autoriza el traslado de la Historia Clínica
 D/a _____

D.N.I. _____

En calidad de: Interesado
 Representante