	<b>Autorización para reclamar Historias Clínicas - Paciente</b>	Código: SAC-FR016
		Versión: 00
		Fecha: 06-01-2022

Bucaramanga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Señores  
**Clínica la Riviera**  
Bucaramanga

Cordial saludo,

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a)  
con el número \_\_\_\_\_, solicito copia de mi historia  
clínica.


Copia: completa\_\_\_\_ parcial\_\_\_\_

Fecha de la atención requerida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

	<b>Firma</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Titular</b>		

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nota:** Debe anexar copia de la cédula del titular.

	<b>Autorización para reclamar Historias Clínicas - Paciente</b>	Código: SAC-FR016
		Versión: 00
		Fecha: 06-01-2022

Bucaramanga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Señores  
**Clínica la Riviera**  
Bucaramanga

Cordial saludo,

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a)  
con el número \_\_\_\_\_, solicito copia de mi historia  
clínica.

Copia: completa\_\_\_\_ parcial\_\_\_\_

Fecha de la atención requerida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

	<b>Firma</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Titular</b>		

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nota:** Debe anexar copia de la cédula del titular.