Barton ibt

Callao, ...

Señor:
Director del Complejo
Hospitalario Alberto Leonardo Barton Thompson

Solicitud:

- ☐ **Constancia de Hospitalización**
- ☐ **Resultado de Laboratorio**
- ☐ **Resultado de Imágenes**
- ☐ **Solicitud de Imágenes**
- ☐ **Historia Clínica**
- ☐ **Informe Medico**
- ☐ **Otros (.....)**

Yo; .....

con número de DNI ..... con domicilio en.....

.....

Ante usted con el debido respeto:

Solicito; .....

.....

.....

Con motivo; .....

.....

.....

Asimismo; autorizo al Complejo Hospitalario Alberto Leonardo Barton Thompson que la entrega de mi información se realice por correo electrónico.

A la espera de su apoyo gracias.

Teléfono fijo y/o celular: .....

CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA
NOMBRE Y APELLIDOS:
DNI: