



SOLICITUD N°		FECHA:
SERVICIO		

SOLICITUD PARA ENTREGA DE RESULTADOS

Yo _____ identificado (a) con _____ N° _____
 de _____, con domicilio y residencia en la _____ Teléfono
 Número _____, en mi calidad de responsable del paciente _____
 _____ identificado(a) con _____ N° _____ de _____,
 afiliado a la Aseguradora _____ solicito me sean entregados los resultados de los
 paraclínicos de _____
 realizados el día _____ del mes _____ del año _____.

 FIRMA Y/O HUELLA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE
 NÚMERO DE DOCUMENTO:

 NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL QUE ENTREGA RESULTADO

CARGO:

FECHA DE ENTREGA:

ELABORÓ: MARIBEL NIÑO	REVISÓ: COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	APROBÓ: GIOVANNI SALAMANCA
CARGO: ASISTENTE DE CALIDAD	FECHA: JUNIO DE 2017	CARGO: GERENTE GENERAL
FECHA: JUNIO DE 2017		FECHA: JUNIO DE 2017