

## Solicitud de informe

## PACIENTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de expediente

## SOLICITUD

Solicito un informe de las divulgaciones de mi información de salud durante el siguiente período:

Fecha de inicio

Fecha de finalización

Firma del individuo o del representante personal

(Si firma el representante,  
indicar relación con el paciente)

Fecha

## SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Solicitud aceptada

Solicitud denegada por los  
siguientes motivos:

Firma

Puesto

Fecha

## SOLO PARA USO OFICIAL

Paciente individual

Expediente médico del individuo