

SOLICITUD DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre Apellidos

Calle Nº Piso Letra

C.P. Población Provincia DNI.....

Tfno fijo Móvil Fecha nacimiento / /

SOLICITO

A Clínica Bilbao copia de mi historial médico que deseo recibir de la siguiente manera:

Envío de la documentación por e-mail en la dirección:@

Pasaré a recogerlo en la clínica (en este caso se le informará cuando esta preparado para que pueda pasar a recogerlo).

En, a de de 20

Firmado

D/Dña.

DNI.