

Solicitado el día:

SOLICITUD DE RESULTADOS DE ESTUDIOS AMBULATORIOS

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento:

D.N.I:

Teléfono:

E-mail:

Por la presente solicito los estudios realizados dentro del periodo:

Desde.....hasta.....

Estudios a solicitar:

.....

Enviar a

sucursal:.....

Firma Aclaración:

Solicitado el día:

Para la entrega de resultados a terceros es imprescindible que el titular del estudio complete la siguiente autorización.

Se autoriza al Sr/a:.....con DNI nº....., en su

carácter de (hijo/a, esposo/a, conviviente, etc)..... a retirar los estudios solicitados del paciente

..... con DNI nº

Firma..... Aclaración:

Transcurridos 10 días hábiles de la fecha de la solicitud, usted podrá retirar los estudios en planta baja-pasillo 3, de Lunes a Viernes de 7:30hs a 19:30hs y los días Sábados de 8hs a 12:30hs.

Se informa que de no presentar la autorización correspondiente los estudios no podrán ser entregados a terceros.