

**SOLICITUD DE ANTECEDENTES CLINICOS**

Santiago, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

El cuadro siguiente debe ser completado **únicamente por el paciente.**  
En caso de que el paciente sea menor de edad, debe estar firmado por **ambos padres.**

DATOS DEL PACIENTE:

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FONO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS SOLICITADOS CON FECHAS DE INTERVENCIÓN:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LOS DOCUMENTOS SERAN PRESENTADOS EN: \_\_\_\_\_

OBJETIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**NO COMPLETAR EL SIGUIENTE CUADRO**

AUTORIZACIÓN POR PARTE DE DIRECCIÓN MÉDICA: SI  NO

NOMBRE Y FIRMA DIRECCIÓN MÉDICA

\_\_\_\_\_

EMAIL: