



Municipalidad de Rosario
Dirección de Mesa General de Entradas y Archivo

Solicitud de Historia Clínica

Trámite gratuito según ordenanzas Ord. 9440/2015 y 9939/2019

Rosario, de de

Datos de la Persona Solicitante

Apellido y nombres:

CUIT/CUIL: Teléfono:

Carácter (tachar lo que no corresponda): Paciente / Familiar / Persona autorizada / Profesional interviniente

Domicilio:

Email:

Datos del Paciente

Apellido y nombres:

DNI: Domicilio:

Teléfono:

Datos del Efector de Salud Municipal

Asistido en: Fecha:

(Lugar donde fue asistido)

(Fecha o época de internación
o atención ambulatoria)

En caso de Accidente (Laboral o Tránsito)

Compañía de Seguros / ART interviniente:

Fecha del accidente: Lugar del hecho:

Hora del accidente: Forma de Traslado:

(Ambulancia: indicar empresa vehículo particular / otro)

Otros datos:

(Dominios involucrados, n° de siniestro, etc.)

.....
Firma Solicitante