

FECHA.....

Señor (a) Doctor(a)

DIRECTOR(A) MÉDICO ASISTENCIAL “HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO”

De mi consideración

Yo.....

Con cédula de ciudadanía número.....

Con historia clínica N°.....

Fecha que ingreso al hospital.....

Médico tratante.....

Me permito solicitar se me entregue.....

.....

Por su gentil atención, agradezco y suscribo,

Atentamente

Firma.....

C.I.....

TELF:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....