



CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA
ARCHIVO CLÍNICO
FORMATO PARA SOLICITUD DE EXPEDIENTES

No.	NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA	ÁREA SOLICITANTE	FECHA Y HORA DE ENTREGA	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	FECHA Y HORA DE DEVOLUCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							