



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN
DIRECCIÓN DE MEDICINA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO

Nombre: _____ Registro: _____ Teléfono: _____

Razón por la cual requiere el resumen clínico del servicio de hospitalización:

Fecha de ingreso: _____, Fechas de egreso: _____

ESTA SOLICITUD SOLO PUEDE SER FIRMADA POR EL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS

Nombre y firma del/la paciente o responsable legal

Identificación oficial

Correo electrónico al que se enviará el Resumen Clínico

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN MÉDICA

Fecha de recepción de la solicitud _____ / _____ / _____.

Nombre de la persona que recibe la solicitud: _____

SOLICITUD DE RESUMEN CLINICO

TALON PARA EL PACIENTE

RECIBÍÓ _____ FECHA: ____ / ____ / ____ . FECHA PROBABLE DE ENTREGA: ____ / ____ / ____ .

ATENCION

Esta solicitud será elaborada y autorizada, en su caso, con base en los elementos médicos presentes en el expediente clínico.

El resumen clínico será enviado al correo electrónico indicado en esta solicitud. En caso de no recibirlo en la fecha probable de entrega, favor de comunicarse al 55- 54-87-09-00 EXT 2125 y 7501, de lunes a viernes de las 8:00 a las 15:00 hrs.