



**SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS  
SERVICIO DE REGISTROS MEDICOS Y  
ESTADISTICAS DEL HOSPITAL SANTO TOMAS**

SALA QUE SOLICITA LA HISTORIA CLINICA : \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

SEXO M F EDAD \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO \_\_\_\_\_