

## Solicitud de datos personales contenidos en el expediente clínico



GOBIERNO DE  
MÉXICO



Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Atención Médica



1. Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

2. Ha realizado una solicitud previa Si \_\_\_ No \_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### 3. Datos de la persona de quien se solicita la información.

\_\_\_\_\_

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Unidad Médica a la que solicita información: \_\_\_\_\_

Domicilio del Solicitante: \_\_\_\_\_

Calle

No. Exterior /interior

Colonia

Código Postal

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Correo electrónico

### 4. Datos del representante legal.

\_\_\_\_\_

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Domicilio Representante: \_\_\_\_\_

Calle

No. Exterior /interior

Colonia

Código Postal

Delegación

Entidad Federativa

Teléfono

Correo electrónico

### 5. Descripción de los documentos solicitados:

Copia simple \_\_\_\_\_ Copia Certificada \_\_\_\_\_

a) Notas Médicas \_\_\_\_\_ b) Resultados de auxiliares de diagnóstico y tratamiento \_\_\_\_\_

c) Resumen clínico \_\_\_\_\_

d) Descripción de la solicitud. \_\_\_\_\_

Para facilitar la búsqueda escriba la fecha de atención médica o realización del estudio que solicita: \_\_\_\_\_

### 6. Documentos Anexos.

Identificación oficial del solicitante y representante legal.

Credencial ADIMSS

Credencial del IFE

Pasaporte

Cartilla militar

Cédula profesional

### 7. Firma del peticionario o representante legal.

\_\_\_\_\_

2610-009-001