



Instituto Nacional de Cardiología
Ignacio Chávez

Evolución Continua

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Solicitud de
RESUMEN CLÍNICO

Número de Registro:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del Solicitante: _____

Parentesco con el Paciente*: _____

Fecha de Solicitud: _____ Hora de Solicitud: _____

¿Para qué necesita el Resumen Clínico?

Solicitud de apoyo

Informativa

Valoración Preoperatoria

Procedimientos (Ej. dental, etc.)

Justificación de Tiempo

Trámite Legal (Este trámite se debe realizar en Depto Jurídico)

Copia Certificada (Tramitar en el INAI)

Otros. Especifique: _____

Fecha de Entrega: _____ Hora de Entrega: _____

Médico que elaboró: _____

Nombre de quien recibe: _____

Firma de quien recibe: _____

* Solo aplica en el caso de urgencia médica o autorización.