

	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA POR EL PACIENTE</b>	Código: GPS-FT-10
		Versión: 02
	<b>Proceso: Gestión de prestación de servicios</b>	Página: 1 de 1
		Fecha: 15/08/2024

Yo, : \_\_\_\_\_ identificado (a) con Documento de identidad N.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Solicito copia de la historia clínica completa ☐ o parcial ☐ del día \_\_\_\_\_ de la atención por el profesional \_\_\_\_\_.

**AUTORIZACIÓN ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA POR E-MAIL.** (campo obligatorio)

Autorizo sean enviados los soportes de historia clínica enunciados con anterioridad al correo electrónico:

\_\_\_\_\_  
*“Acepto la normatividad vigente, y garantizo la custodia de la historia clínica enviada por este medio”*

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Documento Identidad N.º: \_\_\_\_\_



**Huella digital**

**NOTA:** la copia de la historia clínica se entregará en ocho (08) días hábiles después de radicada la solicitud.

**REQUISITOS**

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Formato de Solicitud de la historia clínica.