



IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**CENTRO DE SALUD I.P.S.
AGRUPASALUD**NIT: 802.022.775-3
URGENCIAS 24 HORAS

Soledad, 12 de JUNIO de 2017

EL SUSCRITO MEDICO DEL CENTRO DE SALUD AGRUPASALUD IPS LTDA.**CERTIFICA QUE**

El Paciente **EDWIM RAFAEL VILORIA SANCHEZ** identificado con **C.C: 1.143.135.719**; se encuentra con **(3)** tres días de incapacidad médica; por presentar **FIEBRE Y CEFALEA**

Se expide la presente certificación a los 12 días del mes de **JUNIO 2017**.

Atentamente,


Dr. DIOGENES ROMERO
MEDICO TRATANTE



ESTANDAR DE HISTORIAS CLINICAS.

VERSIÓN: 02

FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS

VIGENCIA: 10/01/2015

PAGINA: 1 de 1

CODIGO FOR-HC 02

DATOS DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD: DIA 13 MES Junio AÑO 2017

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Edwin Rafael Viana Sanchez

CEDULA DE CIUDADANIA: 2343 335 719

DIRECCION Y TELEFONO: PU 65 # 15015 3805163 316 222 8x172

HISTORIA CLINICA DE:

PROPIA ☒ MADRE/PADRE ☐ HIJO ☐ CONYUGUE

LA COPIA DE LA HISTORIA LA REQUIERE PARA: la empresa

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE Edwin Viana Sanchez

N° DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 2343 335 719

VIVO: SI ☒ NO ☐

REQUIERE LA HISTORIA CLINICA COMPLETA: Si

FECHA DE ATENCIÓN: 18 Junio 2017

FUE ATENDIDO EN EL AREA O SERVICIO DE Urgencia

DATOS DE ENTREGA

Sr Usuario, recuerde siempre este documento es de absoluta reserva legal y está en la obligación de utilizar este documento exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso mantenerse la reserva legal, acorde con lo preceptuado en el artículo 14 de la Resolución No. 1995 de 1999.

FIRMA DE QUIEN RECIBE: _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____

N° DE IDENTIFICACION: _____

FECHA DE ENTREGA: DIA _____ MES _____ AÑO _____

ENTREGADO POR: _____ N° FOLIOS ENTREGADOS _____

Elaboro:
Coordinador calidad

Reviso: Gerencia

Firma: _____

Aprobó: Gerencia

Firma: _____

COPIA CONTROLADA