

FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

| Código | FP-INT-FO- 026 |
|---------|-------------------|
| Versión | 1.0 |
| Fecha | Enero de 2019 |

Llenar únicamente los datos conforme quien solicita la historia

| Si quien la solicita es el dueño de la Yo | | CC TI |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PA | | |
| CE número exp copia Total Parcial de mi his | pedida en | solicito |
| copia Total Parcial de mi his | storia clínica. | |
| | | |
| 2. Si la reclama el padre o representan | te legal de un menor de edad o | persona |
| con discapacidad mental a física lim | itante: | |
| Yo | identificado (a) con | |
| Yoexpedida en _ | , co | mo |
| representante legal de | | |
| | identificado (a) con | |
| CCTIRCnúmerosolicito copia TotalParcialde s | expedida en | |
| solicito copia Total Parcial de s | u historia clinica. | |
| 3. Cuando reclama persona autorizada | nor el titular | |
| Yo | identificado con | |
| Yo, exp | edida en | |
| autorizo al señor(a); identificado (a) con CC; para solici | | |
| identificado (a) con CC. | expedida en | |
| ; para solici | tar copia Total Parcial o | de la |
| historia clínica; quien entregará copia de l | os documentos de identidad. | |
| | | |
| 4 El metivo de la colicitud | | |
| 4. El motivo de la solicitud | | |
| es | | |
| 5. Fecha (s) requerida (s) | | |
| | | |
| | | |
| Me acogeré al cobro que hace la IPS por | dicha copia. | |
| | | |
| 6. Solicitante | 7. Autorizado | |
| FIRMA | FIRMA | |
| NOMBRE | NOMBRE | The state of the s |
| | | 15. T. Mar. |
| DOCUMENTO | DOCUMENTO | |
| | | |
| ocumentos recibidos por: Número | o de paginas o CD entr | egados |