

Llenar únicamente los datos conforme quien solicita la historia

**1. Si quien la solicita es el dueño de la historia:**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con CC\_\_ TI\_\_  
PA\_\_  
CE\_\_ número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ solicito  
copia Total\_\_ Parcial\_\_ de mi historia clínica.

**2. Si la reclama el padre o representante legal de un menor de edad o persona con discapacidad mental a física limitante:**

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con  
CC. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, como  
representante legal de  
\_\_\_\_\_ identificado (a) con  
CC\_\_ TI\_\_ RC\_\_ número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_,  
solicito copia Total\_\_ Parcial\_\_ de su historia clínica.

**3. Cuando reclama persona autorizada por el titular.**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con  
CC. \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_  
autorizo al señor(a) \_\_\_\_\_  
identificado (a) con CC. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ; para solicitar copia Total\_\_ Parcial\_\_ de la  
historia clínica; quien entregará copia de los documentos de identidad.

**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**

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

**7. Autorizado**

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

Documentos recibidos por: \_\_\_\_\_ Número de páginas \_\_\_\_\_ o CD \_\_\_\_\_ entregados \_\_\_\_\_