

PARA : GERENCIA CENTRO OFTALMOLOGICO EBENEZER SAS
DE : AUXILIAR RESPONSABLE ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS
REF : PÉRDIDA O EXTRAVÍO HISTORIA CLINICA No. _____
FECHA : _____
LUGAR : _____
HORA : _____

Formalmente para su conocimiento y fines pertinentes, notifico la pérdida o extravío de la historia clínica No. _____ Perteneciente a _____ Usuario de nuestra empresa, la cual fue entregada a _____ CC. No. _____ Profesional del área de _____ a quien se le entrego la historia clínica para la respectiva atención según consta en copia de registro de control de entrada y salida de historias clínicas y en la copia del acta de compromiso respectiva que se anexa.

Nombres y Apellidos
Firma y cedula
Auxiliar Responsable del Archivo de las Historias Clínicas