

COMUNICACIÓN PERDIDA HISTORIA CLINICA

CIR-MAN-001-02 VERSIÓN: 001

Fecha de Elaboración: Fecha de Actualización: Pág. 1 de 1

Elaboro: Enfermera Ase Reviso: Comité de Calidad Aprobó: Comité de Calidad

PARA	: GERENCIA CENTRO OFTALMOLOGICO EBENEZER SAS
DE	: AUXILIAR RESPONSABLE ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS
REF	: PÉRDIDA O EXTRAVIO HISTORIA CLINICA No
FECHA	:
LUGAR	:
HORA	:
_	
Formalmer	nte para su conocimiento y fines pertinentes, notifico la pérdida o extravío de la historia clínica No.
	Perteneciente aUsuario
de nuestra	a 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 a	acta de compromiso respectiva que se anexa.
Nombree	Apollidos
Nombres y Firma y ced	
	sponsable del Archivo de las Historias Clínicas