

	<b>GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	Código	GD-FO-06
		Versión	01
	<b>FORMATO DE SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA DE MENOR DE EDAD</b>	Fecha	12/09/2023
		Página No.	1 de 1

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

SEÑORES

**E.S.E HOSPITAL SAN CAMILO DE LEVIS**

Por medio de la presente, Yo \_\_\_\_\_ identificado (a)  
 Con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_,  
 y en calidad de:

Padre		Madre		Representante legal	
-------	--	-------	--	---------------------	--

del menor \_\_\_\_\_, con documento de  
 identidad No. \_\_\_\_\_ solicito copia de Historia clínica por motivo de:

Solicito copia de Historia Clínica:

Completa		Parcial		Fecha de la atención requerida	____/____/____
----------	--	---------	--	--------------------------------	----------------

Solicito la entrega de copia de Historia Clínica en medio:

Físico		Digital		Correo electrónico	
--------	--	---------	--	--------------------	--

Acepto que para obtener copia de la historia clínica se debe presentar copia del documento de identidad del titular, documento de identidad original de la persona solicitante y copia de documentación que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ No. CC. \_\_\_\_\_

El diligenciamiento de este formato es voluntario, se solicita para facilitarle trámites de solicitud de copia de historia clínica.

*"Una visión de vida"*

ELABORÓ:	Gestión Documental	REVISÓ	Asesora Externa de Control interno	APROBÓ	Gerente
----------	--------------------	--------	------------------------------------	--------	---------