

	GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Código	GD-FO-07
		Versión	01
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PcD, INCAPACIDAD, INCONCIENCIA	Fecha	12/09/2023
		Página No.	1 de 1

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

SEÑORES

E.S.E HOSPITAL SAN CAMILO DE LEJIS

Por medio de la presente, Yo _____ identificado (a) Con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ solicito copia de Historia Clínica de _____, con cédula de ciudadanía No. _____ quien actualmente se encuentra en condición de:

Incapacidad (temporal)	Discapacidad (permanente)	Debido a:	
Lo que impide su consentimiento de realizar la solicitud.			

Parentesco del solicitante:

Padre	Madre	Hijo(a)	Esposo(a)	Compañero (a)	
En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.					

La copia de Historia Clínica es solicitada con el fin 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, matrimonio o declaración extra juicio).

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 Control interno	APROBÓ	Gerente
----------	--------------------	--------	---------------------------------	--------	---------