



**GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

**FORMATO DE SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA PACIENTE FALLECIDO**

Código	GD-FO-08
Versión	01
Fecha	12/09/23
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 \_\_\_\_\_ solicito copia de Historia Clínica de \_\_\_\_\_, identificado con:

Cédula de Ciudadanía		Tarjeta de identidad		Registro Civil		Otro		Cual.
No:				Expedido en:				
Quien falleció en la fecha:				/		/		

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) y copia de registro civil de defunción (aplica solo pacientes NO fallecidos en la E.S.E HSCL)

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
----------	--------------------	--------	------------------------------------	--------	---------