

	GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Código	GD-FO-04
		Versión	01
	FORMATO DE SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR EL USUARIO	Fecha	12/09/2023
		Página No.	1 de 1

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

SEÑORES

E.S.E HOSPITAL SAN CAMILO DE LELIS

Por medio de la presente, Yo _____ identificado (a)
 Con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____
 solicito copia de mi Historia Clínica por motivo de:

Incapacidad	Demanda	Tutela	Comisaria	Otro	Cual.

asumiendo toda la responsabilidad del uso de la información consignada.

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 mi historia clínica debo presentar mi documento de identidad, con la cual se verificará que soy la persona titular de la información.

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