



E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS	Versión 1	Documento Controlado	Página 1 de 2
FORMATO PARA SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA	Fecha 20/09/2022	Código FR-GD-09	

San Marcos, Sucre () () ()

Señores.

E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

San Marcos, Sucre

Yo _____ Identificado con CC Otro _____

N° _____ Expedida en _____

En calidad de (madre, padre, o tutor legal)_en representación del

Paciente _____ identificado con RC TT N° _____

Expedido en _____ Solicito copia de la Historia Clínica, con fecha de atención () () () Con

el fin de _____

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer la razón en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva.

ACEPTO QUE PARA OBTENER COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE EN MENCIÓN, DEBO ANEXAR.

- Copia del documento de identidad del paciente.
- Copia del registro civil de nacimiento con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica, primer grado de consanguinidad.
- Cedula de ciudadanía del solicitante para acreditarse como interesado

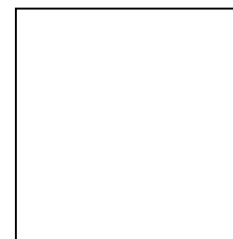
Firma del solicitante: _____

Identificación: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Dirección: _____



Huella

(SE TOMARA HUELLA EN CASO DE NO PODER FIRMAR)

La historia clínica es un documento legal sometido a reserva por lo tanto solo puede ser entregada al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero, en caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entrega al responsable legal del paciente, autoridades legal previstas por la ley, (resolución 1995 de 1999) en caso que el paciente haya fallecido , la historia clínica solo se entrega a quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos, hermanos, esposo(a) o compañero (a) permanente.