	E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS	Versión 1	Documento Controlado	Página 1 de 1
	FORMATO PARA SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICAS	Fecha 20/09/2022	Código FR-GD-10	

San Marcos, Sucre () () ()

Señores.

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

San Marcos, Sucre

EL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA FALLECIÓ EN LA E.S.E HRSM? SI NO

Yo _____ Identificado con CC Otro _____

N° _____ Expedida en _____

En calidad de _____ (madre, padre, conyugue o compañero(a))

Del paciente _____ identificado con c/c otro

N° _____ Expedida 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.

ANEXAR TODOS LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES A LA SOLICITUD PARA DAR UNA RESPUESTA OPORTUNA.

- 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
- Copia del certificado o acta de defunción.

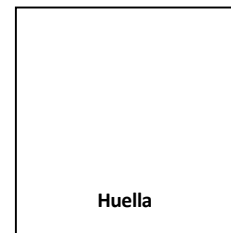
Firma del solicitante: _____

Identificación: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Dirección: _____



(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.