

 Comfamiliar <small>RISARALDA</small> Nit. 891.480.000-1	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	Código	3-FT-338
		Versión	5
		Vigente a partir	2020-08-16

Señores COMFAMILIAR RISARALDA

Pereira, Risaralda

<p>1. DILIGENCIAR SI EL QUE RECLAMA ES EL DUEÑO DE LA HISTORIA CLÍNICA: Yo _____ identificado (a) con CC__ TI__ PA__ CE__ número _____ expedida en _____ solicito copia Total ____ Parcial ____ de mi historia clínica.</p>
<p>2. DILIGENCIAR SI EL QUE RECLAMA ES EL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL DE UN MENOR Y/O PERSONA CON DISCAPACIDAD MENTAL A FÍSICA LIMITANTE Y/O AUTORIZADO LEGAL PARA RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA (TITULAR FALLECIDO): Yo _____ identificado (a) con CC. _____ expedida en _____, como representante y/o autorizado legal para reclamar historia clínica de; _____ identificado (a) con CC__ TI__ RC__ número _____ expedida en _____, solicito copia Total ____ Parcial ____ de su historia clínica.</p>
<p>3. DILIGENCIAR SI EL TITULAR, AUTORIZA A UN TERCERO A RECLAMAR Y NO ANEXA CARTA DE AUTORIZACIÓN: Yo _____ identificado (a) con CC. _____, expedida en _____ autorizo al señor(a) _____ identificado (a) con CC. _____ expedida en _____; para reclamar copia Total ____ Parcial ____ de mi historia clínica.</p>

DILIGENCIAN TODOS

*El motivo de la solicitud es: _____

*Fecha (s) de historia clínica requerida (s) _____

SOLICITANTE

AUTORIZADO

FIRMA _____

FIRMA _____

NOMBRE _____

NOMBRE _____

DOCUMENTO _____

DOCUMENTO _____

FECHA SOLICITUD _____

ENVIAR AL CORREO: _____

Funcionaria que recibe: _____ Número de páginas ____ o CD ____ correo ____

*Me acogeré a la entrega de requisitos y al cobro que hace la IPS por copias físicas o en CD. El servicio es gratuito si el envió de la historia clínica es por correo.

 Nit. 891.480.000-1	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	Código	3-FT-338
		Versión	5
		Vigente a partir	2020-08-16