FUNDACION HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE

NIT 900098476-8

ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS
SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: DD / MM / AAAA

Nombre del Paciente: _____

Identificación: _____ Teléfono : _____

Con destino a: _____

Recuerde: Que la historia clínica es un documento privado, sometido a reserva. Únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. (Resolución 1995 de 1999).

Si el paciente requiere la historia clinica fisica y no puede asistir personalmente, debe autorizar a un tercero con documento firmado y copia de las cedulas de ciudadanía de ambos (titular y autorizado).

La historia clínica será enviada en formato digital a través de correo electrónico, por lo tanto, no genera ningún costo para el usuario por concepto de copias

Firma:

_____

C.C.

En caso de no poder firmar, coloque la huella

Anexe: **Copia del documento de identidad del solicitante**
Registro civil y/o tarjeta de identidad (si la historia es de hijos)