

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: GD-F-32	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión: 01		Fecha: 22/05/2024

Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA)

Yo, _____ con cédula número: _____, de _____, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a: _____, con cédula número: _____, para solicitar y reclamar copia de mi historia clínica.

PARENTESCO DEL SOLICITANTE CON EL PACIENTE: _____

Marque con un (X) la copia de HC que requiere: EPICRISIS (Resumen Historia Clínica) COMPLETA
 ÚLTIMA ATENCIÓN (Fecha atención-servicio) _____ OTRO CÚAL _____

Elija y relacione la manera en que desea recibir la copia de historia clínica:

Físico Correo electrónico correo: _____

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LOS DATOS AQUÍ SUMINISTRADOS SON CIERTOS.

Atentamente,

CC. No.

Recibí a Satisfacción:

Nombre:

CC. No. :

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: GD-F-32	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión: 01		Fecha: 22/05/2024

Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA)

Yo, _____ con cédula número: _____, de _____, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a: _____, con cédula número: _____, para solicitar y reclamar copia de mi historia clínica.

PARENTESCO DEL SOLICITANTE CON EL PACIENTE: _____

Marque con un (X) la copia de HC que requiere: EPICRISIS (Resumen Historia Clínica) COMPLETA
 ÚLTIMA ATENCIÓN (Fecha atención-servicio) _____ OTRO CÚAL _____

Elija y relacione la manera en que desea recibir la copia de historia clínica:

Físico Correo electrónico correo: _____

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LOS DATOS AQUÍ SUMINISTRADOS SON CIERTOS.

Atentamente,

CC. No.

Recibí a Satisfacción:

Nombre:

CC. No. :

INSTRUCTIVO DEL FORMATO

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
CÓDIGO: GD-F-32	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión: 01		Fecha: 22/05/2024

Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA) *colocar fecha de la solicitud*

Yo, *nombre de la persona quien solicita la historia clínica* con cédula número: *número de documento de la persona quien solicita la historia*, de *ciudad de expedición del documento de identidad*, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a: *nombre de la persona quien retira la historia clínica*, con cédula número: *número de documento de la persona quien retira la historia clínica*, para solicitar y reclamar copia de mi historia clínica.

PARENTESCO DEL SOLICITANTE CON EL PACIENTE: *escribir el parentesco*

Marque con un (X) la copia de HC que requiere: EPICRISIS (Resumen Historia Clínica) COMPLETA

ÚLTIMA ATENCIÓN (Fecha atención-servicio) _____ OTRO CÚAL _____

Elija y relacione la manera en que desea recibir la copia de historia clínica:

Físico Correo electrónico correo: _____

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LOS DATOS AQUÍ SUMINISTRADOS SON CIERTOS.

Atentamente, _____ **Recibí a Satisfacción:**
Nombre: _____
CC. No. : _____

CC. No. _____

CÓDIGO: GD-F-32	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	 HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja	
VERSIÓN: 01	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA		FECHA:22/05/2024
CONTROL DE CAMBIOS			
No. VERSIÓN	FECHA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	22/05/2024	Diana Carolina Martínez	Versión Original, proviene del formato F-28, Se asigna al área de gestión documental