


Código: F-GI 002	<b>FORMATO PARA SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIAS CLINICAS</b>	
Versión N° 02		
Vigente desde Julio de 2013		

FECHA:	Día	Mes	Año
--------	-----	-----	-----

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 No documento: \_\_\_\_\_ CC  TI  RC  CE  PASAPORTE   
 Entidad aseguradora: \_\_\_\_\_ Fecha de última atención \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Nombre de quien solicita: \_\_\_\_\_

**Documento Solicitado**

Historia Clínica Total   
 Historia Clínica Parcial  Epicrisis  Descripción quirúrgica  Resultados  Fórmula  Otros   
 Especifique otros apartes de la historia clínica solicitados y/o fecha de atención requerida:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Motivo de la Solicitud**

Tramitar documento ante su EPS  Obtener información de su enfermedad o condición   
 Desea cambiar de médico tratante o entidad  Otro trámite  cual? \_\_\_\_\_

Comprendo que recibiré información confidencial de la cual me comprometo a dar buen uso según los términos de ley

Firma del Paciente o Solicitante   \* \_\_\_\_\_

**Espacio para ser diligenciado por la Clínica en caso de solicitud por un tercero**

Trae carta de autorización en regla  Trae copia de documentos

Funcionario que recibe y verifica: \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

**PARA TENER EN CUENTA**

- ✓ Recuerde que la entrega se realizará en forma personal al paciente o a la persona apoderada mediante carta de autorización debidamente firmada, adjuntando copia de documentos de identificación del paciente y del autorizado.
- ✓ Este trámite tiene una duración de dos días hábiles.
- ✓ Presente la copia del recibo de pago en la recepción al momento de reclamar los documentos.
- ✓ Toda entrega se hará en medio magnético en disco compacto (CD), con un costo único de \$7.000.
- ✓ Si usted desea recibir impresiones en físico el costo será de \$10.000 hasta 10 páginas más \$300 por cada página adicional.