Santuario Risaralda, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

SEÑORES

**ARCHIVO**

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl

La Ciudad

Cordial Saludo:

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con CC:  PA  CE  número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito copia de la Historia Clínica de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con CC:  PA  CE  número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien falleció en la fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Parentesco del solicitante: Padre o Madre  Hijo (a)  Compañero (a)

Copia: COMPLETA  PARCIAL  Fecha Inicial \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Fecha Final \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del solicitante: |  | Autorizado: |  |
| Tipo Documento: ( ) |  | Tipo Documento( ) |  |
| Dirección: |  | Dirección: |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Correo electrónico |  | | |

**Debe Anexar:** Copia del documento de Identificación del Solicitante.

Copia del Registro Civil de Defunción.

Registro Civil donde conste el Parentesco, Matrimonio o Extra juicio de convivencia, según el caso.

Sentencia T-343 del 2008.

**“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”**