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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quién actualmente se encuentra incapacitado (a) para dar su consentimiento de realizar esta solicitud.

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

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

Esta Historia Clínica es solicitada con el fin de:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Según sentencia T – 343 del 2008.