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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de representante legal, solicito copia de la Historia Clínica de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con CC:  PA  CE  número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Parentesco del solicitante: Padre  Madre  Otros  Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**Debe Anexar:** Copia del documento de identificación del paciente.

Copia del documento de identificación del autorizado para reclamar la historia clínica.