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.