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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con CC: [ ]  PA [ ]  CE [ ]  número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para reclamar copia de mi Historia Clínica.

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 paciente.

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