

	FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARCIAL O TOTAL PACIENTE FALLECIDO	Código: GU-GEN-FO-7
		Versión: 1
		Fecha: Septiembre 27 de 2022

Ciudad: _____

Fecha:

DD	MM	AAAA
----	----	------

SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE FALLECIDO.

Yo _____ identificado(a) con documento de identidad
 Nº _____ en calidad de _____ del paciente
 _____ identificado con documento de identidad Nº
 _____. Solicito copia de la historia clínica completa ___ o parcial ___ del día _____
 de la atención por el profesional _____ atendido en _____.

Esta historia la requiero con el fin de:

AUTORIZACIÓN ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA POR E-MAIL (Campo Obligatorio).

Autorizo sean enviados los soportes de historia clínica enunciados con anterioridad al correo electrónico:

“Acepto la normatividad vigente, y garantizo la custodia de la historia clínica enviada por este medio”

Firma: _____ .

Nombre: _____ .

REQUISITOS:

Solamente podrá solicitar copia de la historia un familiar en primer grado de consanguinidad, quienes tendrán que adjuntar la siguiente documentación:

1. Fotocopia de documento de identidad del paciente y del solicitante
2. Fotocopia del certificado de defunción
3. Original del registro civil de nacimiento, donde se evidencia el parentesco para hijos o padres fallecidos, o el registro civil de matrimonio, o la declaración que acredite que era compañero o compañera permanente del fallecido.