

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: GI-ES-FO-02
		VERSIÓN: 1
	AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA MENOR DE EDAD	FECHA: 21/09/2020
		TRD: PÁGINA: 1 de 1

Fecha: Día / Mes / Año

Yo _____ de
con documento de identidad _____ de
_____ en calidad de padre del menor
_____ con documento de identidad
_____ comedidamente solicito copia de su historia clínica,
de las siguientes atenciones

Esta información es necesaria para:

Teléfono de solicitante: _____

Teléfono del titular (Representante legal) de historia clínica: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL

FIRMA DEL SOLICITANTE DE LA
HISTORIA CLINICA

C.C. _____

C.C. _____

Documentos:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Solicitante (Representante legal).
- Copia del documento de identificación del menor de edad.
- Copia del Registro Civil donde conste el parentesco o la representación legal.