

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL</b> <b>E.S.E.</b> <b>VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: GI-ES-FO-03</b>
		<b>VERSIÓN: 1</b>
	<b>SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE</b> <b>FALLECIDO</b>	<b>FECHA: 21/09/2020</b>
		<b>TRD:</b> <b>PÁGINA: 1 de 1</b>

Fecha: Día / Mes / Año

¿El titular de la Historia clínica falleció en el Hospital San Rafael?: SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Qué tipo de incapacidad padece el titular de la historia clínica?: Mental \_\_\_ Física \_\_\_  
Inconsciente \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
con documento de identidad \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ en calidad de:

Padre \_\_\_ madre \_\_\_ conyugue \_\_\_ o hijo \_\_\_ del paciente  
\_\_\_\_\_ con documento de identidad  
\_\_\_\_\_ solicito copia de su historia clínica con el fin de:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de solicitante: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE DE LA  
HISTORIA CLINICA

\_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_

Documentos Anexos:

- Certificado de defunción o Registro de defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Solicitante.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Fallecido.
- Registro civil del fallecido en caso de ser padre o madre.
- Registro civil del hijo.
- Registro de matrimonio o carta juramentada ante notaria certificando compañía permanente.