

	<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-04</b>
		<b>VERSIÓN: 1</b>
	<b>SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE</b> <b>INCAPACITADO</b>	<b>FECHA: 21/09/2020</b>
		<b>TRD:</b> <b>PÁGINA: 1 de 1</b>

Fecha: Día / Mes / Año

Tipo de incapacidad del titular de la Historia Clínica: Mental:  Física:  Inconsciente:

Especifique: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, Con documento número \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, en calidad de parentesco \_\_\_\_\_ con documento No. : \_\_\_\_\_, solicito copia de su historia clínica, con el fin de

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva. Acepto que, para obtener de la historia clínica del paciente anteriormente citado, la(s) persona(s) mencionada(s) deben presentar:

1. Copia del registro civil de \_\_\_\_\_ (nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
2. Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente
3. Documento de identidad original del solicitante.

FIRMA DEL SOLICITANTE DE LA HISTORIA CLINICA

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

**Documentos:**

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Paciente.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Autorizado.