



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E.  
ZARZAL – VALLE DEL CAUCA  
NIT 891900441-1



**SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA**

No. \_\_\_\_\_

Señores  
OFICINA DE ESTADISTICA  
Hospital Departamental "San Rafael" E.S.E.  
Zarza! – Valle

Cordial saludo,

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad y vecino del  
Municipio de \_\_\_\_\_ con documento de identidad  
CC \_\_\_\_\_ P.P. \_\_\_\_\_ N°. \_\_\_\_\_ Vecino del Municipio de \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_, con la presente solicito Copia \_\_\_\_\_ Fotocopia \_\_\_\_\_  
Resumen \_\_\_\_\_ de la Historia Clínica bajo el número \_\_\_\_\_ radicada a mi nombre,  
La cual solcito por el MOTIVO de: COPIA PARA LA EPS \_\_\_\_\_ TRASLADO A OTRO MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
ADQUIRIR UN SEGURO \_\_\_\_\_ COBRAR UN SEGURO \_\_\_\_\_ INSTAURAR DEMANDA LEGAL \_\_\_\_\_ OTRA \_\_\_\_\_  
CUAL? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durante el periodo comprendido \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE INDENTIDAD

AUTORIZO A:

NOMBRE AUTORIZADO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Nota: Este documento no podrá ser utilizado para un fin diferente al MOTIVO.

CAMBEMOS JUNTOS HACIA UN HOSPITAL EFICIENTE CON CALIDAD Y CALIDEZ  
Dirección: Calle 5 N° 6 - 32 PBX: (092) 2209914 Gerencia: 2209590 Urgencias: 2209585 \_\_ E-mail:  
[gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co](mailto:gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co)- subdirección@ [gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co](mailto:gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co)