

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E.</b> <b>VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT: 891900441-1</b>	<b>CÓDIGO: GI-ES-FO-12</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA POR TERCERO O FAMILIAR</b>	<b>FECHA: 23/04/2021</b>
		<b>TRD:</b> <b>PÁGINA: 1 de 1</b>

Señores  
**Hospital Departamental San Rafael E.S.E.**  
 Zarzal - Valle

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado(a)  
 con Cedula( ) Pasaporte( ) Cedula Extranjería( ) Permiso Permanencia( ) N° \_\_\_\_\_ de  
 \_\_\_\_\_, Autorizo al señor(a) \_\_\_\_\_  
 con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ y parentesco \_\_\_\_\_  
 para reclamar a mi nombre copia completa( ) Parcial( ) DD/MM/AAAA de la historia clínica, asumo toda  
 responsabilidad del uso que se le dé a la información al autorizar a un tercero a reclamarla.

Por motivo de:

- Copia para la EPS
- Traslado a otro municipio
- Adquirir un seguro
- Cobrar un seguro
- Instaurar demanda legal
- Otra, cuál? \_\_\_\_\_

Adjunto: copia de mi cédula y copia de cédula persona autorizada.

Para constancia firmo en Zarzal Valle el día DD/MM/AAAA

\_\_\_\_\_  
 Firma paciente  
 CC  
 Tel.

\_\_\_\_\_  
 Firma persona autorizada  
 CC

Nota: Ley 23 de 1981 (Art. 34) – Resolución 1995 de 1999 (Art. 01), “La historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, que solo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la ley.