

	<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-11</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
<b>SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA</b>		<b>FECHA: 23/04/2021</b>
		<b>TRD:</b>
		<b>PÁGINA: 1 de 1</b>

Zarzal, DD / MMM / AAAA

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 \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ solicito al hospital copia completa( ) Parcial( ) DD/MM/AAAA de mi historia clínica.

Por motivo de:

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

Agradezco su atención y pronta respuesta.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente

CC \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Nota: Adjuntar copia del documento de identidad