

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: GI-ES-FO-02
		VERSIÓN: 1
	SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA MENOR DE EDAD	FECHA: 21/09/2020
		TRD: PÁGINA: 1 de 1

Fecha: Día / Mes / Año

Yo _____
con documento de identidad _____ de
_____ en calidad de padre o representante legal del menor
_____ con documento de identidad
_____ comedidamente solicito copia de su historia clínica,
de _____ las _____ siguientes _____ atenciones

Por motivo de:

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

Teléfono de padre, madre o tutor legal del menor: _____

FIRMA DEL PADRE O
REPRESENTANTE LEGAL

C.C. _____

Documentos adicionales:

- Fotocopia cédula de ciudadanía del solicitante (Padre, madre o tutor legal).
- Copia del documento de identificación del menor de edad.
- Copia del Registro Civil del menor o documento donde conste parentesco o tutoría legal.