

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: GI-ES-FO-04
		VERSIÓN: 1
	SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE INCAPACITADO	FECHA: 21/09/2020
		TRD: PÁGINA: 1 de 1

Fecha: Día / Mes / Año

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

Especifique: _____

Yo _____, con número de documento _____, 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. Declaración extrajuicio ante notario público con vigencia mínima de 1 mes o copia de certificado médico que soporte el estado físico o mental del paciente.
3. Fotocopia del documento de identidad 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.