
	<b>FORMATO DE SOLICITUD COPIA HISTORIA CLINICA</b>	Código	GI-PR1-I1-F1	
		Versión	1	
	<b>GESTION DE LA INFORMACION</b>	F/Actualización	10/09/2021	

FECHA:

**Señores:**  
**HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO**  
**Fuentedeoro - Meta**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con número de documento \_\_\_\_\_ Solicito copia de historia clínica de:

- *Si es Personal ( )*
- *A terceros ( )*  
Nombre:  
Identificación:  
Parentesco:

**Motivo de solicitud:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Autorizo sea enviado al correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

*Asumo total responsabilidad del uso de la información allí consignada*

*Nota: Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1,14), "la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley".*

*Acepto que para obtener copia de mi historia clínica debo presentar mi documento de identidad, con la cual se verificará que soy la persona titular de la información.*

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**  
Cc: ( )  
Telefono.