|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logotipo  Descripción generada automáticamente con confianza baja | **LOS COBOS MEDICAL CENTER** | **VERSION 2.0** |
| **SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA Y RESULTADOS**  **AUTORIZADA POR EL PACIENTE** | **CODIGO: FOR-GDA-033** |

Bogotá D.C DD/MM/AAAA

Señores:

**LOS COBOS MEDICAL CENTER**

Cordial saludo,

Yo identificado(a) con tipo de documento ( ) número , expedida en , en calidad de: **Paciente**  **Representante Legal**  solicito copia de los siguientes procedimientos tomados en la fecha DD/MM/AAAA

Historia clínica, **Completa** **Epicrisis**

Imágenes Diagnósticas.

Gastroenterología.

Cardiología.

Laboratorio.

Biopsia.

TSH.

Ordenes médicas de (PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O ESPECIALIDAD)

Incapacidades.

**Si marco historia clínica en su solicitud, recuerde anexar: copia del documento de identificación del paciente y del solicitante con su respectiva carta de autorización.**

**Nota:** Si el paciente es **FALLECIDO** recuerde que según la ley 23 de 1981, capitulo III, Articulo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. Revisando su solicitud informamos que para continuar con el trámite es necesario que nos suministre los siguientes documentos:

1. Copia del documento de identificación del paciente.
2. Copia del documento de identificación del solicitante, si es presencial la solicitud, traer original y copia.
3. Copia del registro civil de matrimonio o nacimiento donde se evidencie el parentesco, si no posee este documento por alguna razón deberá traer un poder emitido por la notaría.
4. Copia del registro de defunción.
5. Carta describiendo el motivo por el cual se realiza esta solicitud.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_