|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **LOS COBOS MEDICAL CENTER**  | **VERSION 01**  |
|  **SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y RESULTADO** **AUTORIZADA POR EL PACIENTE**  | **CODIGO: FOR-GDA-033**  |

Señores:

**LOS COBOS MEDICAL CENTER**

Ciudad

Cordial saludo,

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con el tipo de documento \_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tipo de documento \_\_\_\_\_\_número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para reclamar copia de mi Historia Clínica.

**Indique la fecha que corresponde a la historia clínica o resultado a reclamar** Fecha: DD / MM / AA

 Copia de Historia Clínica: Completa Parcial

 Resultado de Radiología / imágenes Diagnosticas

 Resultado de medicina nuclear

 Resultado de Gastroenterología

 Resultado de Cardiología

 Resultado de Laboratorio

 Resultado de Biopsia

 Resultado de Patología

Esta solicitud se firma el día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 ***Debe Anexar:*** *Copia del documento de identificación del paciente. Copia del documento de identificación del autorizado para reclamar la historia clínica.*

