|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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.*

