|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LOS COBOS MEDICAL CENTER** | **VERSION 01** |
| **SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y RESULTADO DE PACIENTE MENOR DE EDAD** | **CODIGO: FOR-GDA-035** |

Señores:

**LOS COBOS MEDICAL CENTER**

Ciudad

Cordial saludo,

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con el tipo de documento \_\_\_\_\_\_número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. en calidad de representante legal, solicito reclamar copia de la Historia Clínica de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tipo de documento \_\_\_\_\_\_número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

Parentesco del solicitante: Padre Madre otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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:*** *Presentar copia del documento del menor*

