Señores:

**LOS COBOS MEDICAL CENTER**

Ciudad

Cordial saludo,

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con el tipo de documento \_\_\_\_\_\_número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito copia de la Historia Clínica de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tipo de documento \_\_\_\_\_\_número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , quién actualmente se encuentra incapacitado (a) para dar su consentimiento de realizar esta solicitud.

Parentesco del solicitante: Padre Madre hijo(a) compañero(a) otro

**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\_\_\_\_\_\_\_\_

“***En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”***

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Debe Anexar:***

***1*** ) Copia del documento de identificación del paciente.
2) Copia documento de identificación del familiar/solicitante.
3) Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
4) Copia del certificado médico que evidencie la incapacidad físico o mental del paciente para otorgar una autorización.
5) Formato de envío de copia de historia clínica - tercero legitimado diligenciado y firmado, en el que obligatoriamente exprese las razones de la solicitud y su compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.