

	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 _____, en calidad de: **Paciente:** _____ **Representante Legal:** _____

De: _____, identificado(a) con tipo de documento (____) número _____, 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** la Resolución 1995 de 1999 Capítulo I y la ley 23 de 1981, capítulo III, Artículo 34. Resuelven que, 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 de obligatorio cumplimiento enviar los siguientes documentos:

1. Copia del documento de identificación del paciente.
2. Copia del documento de identificación del solicitante.
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: _____

Los Cobos Medical Center
AK 9 #131A – 40
Bogotá - Colombia
(571) 7457581
www.loscobosmc.com