

	LOS COBOS MEDICAL CENTER	VERSION 3.0
	SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA Y RESULTADOS AUTORIZADA POR EL PACIENTE	CODIGO: FOR-GDA-033

Bogotá D.C DD/MM/AAAA

Señores:

LOS COBOS MEDICAL CENTER

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: ____ | ☐ Gastroenterología. |
| ☐ Imágenes Diagnósticas. | ☐ Cardiología. |
| ☐ Laboratorio. | ☐ TSH. |
| ☐ Biopsia. | ☐ Incapacidades. |
| ☐ Ordenes médicas de (PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O ESPECIALIDAD) | |

Le informamos que para continuar con el trámite es necesario remitir la siguiente documentación:

1. **Copia del documento de identidad del paciente.**
2. **Copia del documento de identidad del solicitante.**
3. **Documento que acredite el parentesco** (registro civil de nacimiento, matrimonio o documento equivalente). Si no cuenta con este documento, deberá presentar un **poder otorgado ante notaría**.
4. **Certificado médico que evidencie incapacidad física o mental del paciente** para autorizar la entrega, (si aplica)
5. **Copia del registro civil de defunción**, (si aplica)
6. **Carta en la que describa el motivo de la solicitud.**

De acuerdo con lo establecido en la **Resolución 1995 de 1999 – Capítulo I** y la **Ley 23 de 1981 – Capítulo III, Artículo 34**, la historia clínica es un registro obligatorio sobre las condiciones de salud del paciente. Es un **documento privado, confidencial y de reserva**, que solo puede ser conocido por terceros con **autorización expresa del paciente** o en los casos previstos por la Ley.

Firma del solicitante: _____

C.C. _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

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