

_____ Caquetá, ____ de _____ de _____

Señores:

ARCHIVO

FONDO ASISTENCIAL DEL MAGISTERIO DEL CAQUETA LIMITADA

Florencia El Paujil El Doncello San Vicente del Caguán

Yo, _____ Mayor de edad
 identificado(a) con _____ número _____ expedida en
 _____, solicito copia de la historia clínica del paciente _____,
 identificado con _____ número _____ expedida en _____

Paciente: **Menor de Edad** _____ **Fallecido** _____ **Paciente Incapacitado** _____

Parentesco del solicitante: Padre o Madre _____ Hijo _____ Compañero (a) _____

En caso de otro parentesco diferente al señalado deberá mediar una sentencia judicial.

Copia: Completa Parcial Fecha: ____/____/____

Esta historia clínica es solicitada con el fin de: _____

Atentamente,

Firma Solicitante: _____ Documento de identidad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

ESTIMADO USUARIO:

- * Debe presentar el documento de identidad original al momento de radicar la solicitud
- * 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.
- * Debe anexar al formato, copia de documento de identidad del solicitante, copia de registro civil en donde conste el parentesco, fotocopia legible de la partida de matrimonio o extra juicio de convivencia, según el caso y anexar copia del registro civil de defunción si es la copia de la Historia Clínica de un paciente fallecido (Sentencia T-343 del 2008).
- * La copia de la Historia Clínica será enviada al usuario por correo electrónico, previo cumplimiento de los requisitos. Favor registrar el correo electrónico del titular de la Historia clínica solicitada para que la entidad realice el respectivo envío.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:	Fecha de Aprobación
Esperanza Rojas Rojas	Norma C. Pastrana Lizcano	Dagoberto Giraldo Alzate	10/03/2020
Contratista Apoyo a la Gestión Documental y Archivo	Coordinadora de Calidad	Gerente	