

 <p><b>UMIT</b> UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA Es amor por la mujer y los hijos</p>	<b>FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA</b> <b>UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA</b>		Versión 3
	Responsable: Comité de Historias Clínicas	Código: F-CHC-009	Fecha de Elaboración : 29 de Junio de 2016

### FORMATO SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

<b>FECHA:</b>	
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>	
Nombre completo	
Tipo y No. Documento	
Dirección	
Teléfono	
Firma	

<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	
Nombre completo	
Tipo y No. Documento	
Historia Clínica solicitada	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial (especificar: )
Fecha última atención	____ / ____ / ____

**Propósito de la solicitud** \_\_\_\_\_

Correo electrónico para el envío de la historia clínica:-\_\_\_\_\_

<b>AUTORIZACIÓN (SI APLICA)</b>	
Nombre completo	
Tipo y No. Documento	

#### Requisitos a anexar:

Copia del documento de identidad del solicitante.

En caso de representante: documento que acredite parentesco o autorización.

Actualizo: Liliana Malagon Coordinadora de Planeación y Calidad	Revisó Comité de Historias Clínicas	Aprobó: Liliana Ramirez Morales Gerente
---	--	---