

	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA			Versión 3
	Responsable: Comité de Historias Clínicas	Código: F-CHC-009	Fecha de Elaboración : 29 de Junio de 2016	Fecha Actualización : 20 de septiembre de 2025

FORMATO SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA:	
DATOS DEL SOLICITANTE	
Nombre completo	
Tipo y No. Documento	
Dirección	
Teléfono	
Firma	

DATOS DEL PACIENTE	
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:- _____

AUTORIZACIÓN (SI APLICA)	
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
---	--	---