Ibagué, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 201\_\_.

Señores,

**UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A.**

Subgerencia Médica

Ibagué - Tolima

**Asunto: Solicitud Historia Clínica**

Cordial saludo,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo, |  | | | | | | | |
| identificado(a) con | |  | | | | No |  | |
| expedida en | |  | | | | . Solicito copia de la historia clínica del | | |
| paciente | |  | | | | | | |
| identificado(a) con | |  | | | No |  | | |
|  | |  |  | |  |  | |  |
| H. Clínica Solicitada | | Completa |  | Parcial |  | Fecha de última atención | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Parentesco del Solicitante |  |  | |  |
| Esta Historia Clínica es solicitada con el fin de : | | |  | |
|  | | | | |

Agradezco su colaboración.

Cordialmente,

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de Solicitante |  |
| Documento de Identificación |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  |

Para reclamar este documento Autorizo a ( Si aplica)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de quien reclama |  |
| Documento de Identificación |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vo. Bo. Subgerente Médico: |  |

Recibo de Conformidad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de entrega | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. | |
| Nombre de quien recibe |  | |
| Tipo y No de Documento |  | |
| No folios |  |  |
| Firma de quien recibe |  | |

*Debe anexar: Copia de Documento de identificación del solicitante, Registro civil donde conste el parentesco. Copia documento de identidad de quien reclama si es pertinente.*