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.*