



FORMATO	CÓDIGO	FT-30.TDI.HC-002	
HISTORIA CLÍNICA	VERSIÓN	6	
SOLICITUD COPIA DE HISTORIAS CLÍNICAS Y REGISTROS		EDICIÓN	6/06/2023

Fecha de Solicitud: _____

Fecha de Entrega: _____

No. _____

TIPO DE DOCUMENTO	Número de Documento de Identidad	Nombre del Paciente	Nombre Responsable del Menor de Edad	EPS
CC. __ TI. __ RC. __ Otro: _____				

Dirección	No. Celular	Cotizante	Beneficiario	Consulta	Historia Clínica con Copia de Consentimiento Informado y Registros		
					Completa	Parcial	Si es Parcial Fecha de la Atención

Motivo de Solicitud

ARL <input type="checkbox"/>	Fuerzas Militares <input type="checkbox"/>	Secretaria de Salud <input type="checkbox"/>	Solicitud Pensión <input type="checkbox"/>	Subsidios del Gobierno <input type="checkbox"/>	Transcripción de <input type="checkbox"/>	Otro: _____
Controles EPS <input type="checkbox"/>	Juzgado <input type="checkbox"/>	Solicitud de la Empresa <input type="checkbox"/>	Solicitud Personal <input type="checkbox"/>	Superintendencia de Salud <input type="checkbox"/>	Traslado EPS <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fiscalía <input type="checkbox"/>	Min. De la Protección Social <input type="checkbox"/>	Solicitud Escolar <input type="checkbox"/>	Soporte de Incapacidad <input type="checkbox"/>	Tramite de Autorizaciones <input type="checkbox"/>	Valoración Particular <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Firma del Paciente: _____

Total Folios Entregados: _____

EN CASO DE SOLICITUD POR TERCERO - PERSONA AUTORIZADA PARA RECLAMAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre de la Persona Autorizada: _____ Documento: _____ Parentesco: _____ Numero de Teléfono: _____

Firma Usuario: _____ Firma Autorización: _____ Entregador Por: _____

DOCUMENTO A ANEXAR PARA SOLICITAR COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Copia del Documento de identificación del paciente ____ | 4. Copia del Documento del solicitante certifique parentesco con el paciente (Registro civil de nacimiento o registro civil de matrimonio o extrajucio) _____ |
| 2. Carta de Autorización en caso de ser tercero ____ | 5. Copia del Documento de identificación de la persona autorizada ____ |
| 3. Registro civil de defunción que certifique parentesco en caso que el paciente sea fallecido ____ | |

PARA CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS FÍSICAS - ZERENIA SAS (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL CAD)

No. De Documento	Fecha de Salida	Hora de Salida	Fecha de Ingreso	Hora de Ingreso	Firma de Verificación