



FORMATO	CÓDIGO	FT-30.TDI.HC-002	
HISTORIA CLÍNICA	VERSIÓN	7	
<b>SOLICITUD COPIA DE HISTORIAS CLÍNICAS Y REGISTROS</b>		EDICIÓN	14/11/2023

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Motivo de Solicitud**

ARL  Fuerzas Militares  Secretaria de Salud  Solicitud Pensión  Subsidios del Gobierno  Transcripción de  Otro: \_\_\_\_\_  
 Controles EPS  Juzgado  Solicitud de la Empresa  Solicitud Personal  Superintendencia de Salud  Traslado EPS  \_\_\_\_\_  
 Fiscalía  Min. De la Protección Social  Solicitud Escolar  Soporte de Incapacidad  Tramite de Autorizaciones  Valoración Particular  \_\_\_\_\_

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**

- Copia del Documento de identificación del paciente \_\_\_\_\_
- Carta de Autorización en caso de ser tercero \_\_\_\_\_
- Registro civil de defunción que certifique parentesco en caso que el paciente sea fallecido \_\_\_\_\_
- Copia del Documento del solicitante certifique parentesco con el paciente (Registro civil de nacimiento o registro civil de matrimonio o extrajucio) \_\_\_\_\_
- Copia del Documento de identificación de la persona autorizada \_\_\_\_\_

**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