

ORGANIZACIÓN:	FORMATO	NIVEL DE PROCESO:	
		APOYO ADMINISTRATIVO	
	PROCESO:		
	ARCHIVO Y DOCUMENTOS		
	CÓDIGO:	VERSIÓN:	
	CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA MENOR DE EDAD	F-AYD-14	1

Bogotá D.C., _____ de _____ de _____

SEÑORES:

ARCHIVO

CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD - Méderi

Hospital Universitario Mayor Hospital Universitario Barrios Unidos

Cordial saludo

Yo, _____ identificado con C.C. C.E. Pasaporte número _____ expedida en _____, en calidad de representante legal, solicito copia de la Historia Clínica de _____ identificado con R.C. T.I. número _____ expedida en _____.

Parentesco del solicitante: Padre Madre otros ¿Cual? _____

Copia: Completa Parcial Fecha de atención requerida: ____ / ____ / ____.

En caso de otro parentesco diferente al señalado deberá mediar una sentencia judicial.

Observaciones:

_____.

Firma del solicitante: _____

Documento de identidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Debe Anexar: Copia del documento de Identificación del Solicitante.
Copia del documento de Identificación del menor.
Registro Civil donde conste el Parentesco.