

<b>ORGANIZACIÓN:</b>	<b>FORMATO</b>	<b>NIVEL DE PROCESO:</b>	
		<b>APOYO ADMINISTRATIVO</b>	
	<b>PROCESO:</b>		
	<b>ARCHIVO Y DOCUMENTOS</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	<b>VERSIÓN:</b>	
	<b>CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA FALLECIDOS</b>	<b>F-AYD-07</b>	<b>3</b>

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.  Pasaporte  número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, solicito copia de la Historia Clínica de \_\_\_\_\_ identificado con C.C.  T.I.  C.E.  Pasaporte  número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, quien falleció en la fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Parentesco del solicitante: Padre o Madre  Hijo (a)  Compañero (a)

Copia: Completa  Parcial  Fecha de atención requerida: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

*En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.*

Esta Historia Clínica es solicitada con el fin de:

\_\_\_\_\_

**"En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud"**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Debe Anexar:** Copia del documento de Identificación del Solicitante.  
Copia del Registro Civil de Defunción.  
Registro Civil donde conste el Parentesco, Matrimonio o Extra juicio de convivencia, según el caso.  
Sentencia T-343 del 2008.