


ORGANIZACIÓN:	FORMATO	NIVEL DE PROCESO:	
		APOYO ADMINISTRATIVO	
	PROCESO:		
	ARCHIVO Y DOCUMENTOS		
	CÓDIGO:	VERSIÓN:	
	CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA INCAPACITADOS	F-AYD-13	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 _____, solicito copia de la Historia Clínica de _____ identificado con C.C. C.E. Pasaporte número _____ expedida en _____, quién actualmente se encuentra incapacitado

(a) para dar su consentimiento de realizar esta solicitud.

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.

Registro Civil donde conste el Parentesco, Matrimonio o Extra juicio de convivencia, según el caso.
Según sentencia T – 343 del 2008.