

	<b>SOLICITUD PARA COPIA DE HISTORIA CLÍNICA</b>		<b>Código:</b>	F-GME-01
			<b>Fecha:</b>	25-03-2022
	<b>MACRO-PROCESO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>Revisión:</b>	03
	GESTIÓN MÉDICA	AUDITORÍA MÉDICA	<b>Páginas:</b>	1 de 1

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con CC: \_\_\_\_\_ y domiciliado(a) en \_\_\_\_\_ con teléfono: \_\_\_\_\_, actuando en propio nombre y en representación del paciente identificado como: \_\_\_\_\_, con CC: \_\_\_\_\_, con actividad laboral : \_\_\_\_\_, y con fecha de ingreso hospitalario : \_\_\_\_\_, solicito EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A UNA COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA, por el motivo de: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS A SOLICITAR:**

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| PROTOCOLOS OPERATORIOS  | <input type="checkbox"/> |
| RECORD ANESTÉSICOS      | <input type="checkbox"/> |
| EXAMENES DE LABORATORIO | <input type="checkbox"/> |
| EXAMENES DE IMÁGENES    | <input type="checkbox"/> |
| EPICRISIS               | <input type="checkbox"/> |
| ANAMNESIS               | <input type="checkbox"/> |
| EMERGENCIA              | <input type="checkbox"/> |
| CERTIFICADO MEDICO      | <input type="checkbox"/> |

OTROS(ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

*Nota: La documentación solicitada está sustentada en el contenido de la historia clínica y los documentos entregados serán de plena responsabilidad y cuidado de quien los recibe.*

Nombre del solicitante

Firma de solicitante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nota:** Presentar factura para retiro de documentos.

*Uso exclusivo de Hospital Clínica Panamericana.*

Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_