



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E.
ZARZAL – VALLE DEL CAUCA
NIT 891900441-1



SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA

No. _____

Señores
OFICINA DE ESTADISTICA
Hospital Departamental "San Rafael" E.S.E.
Zarza! – Valle

Cordial saludo,

Yo, _____, mayor de edad y vecino del
Municipio de _____ con documento de identidad
CC _____ P.P. _____ N°. _____ Vecino del Municipio de _____
Departamento _____, con la presente solicito Copia _____ Fotocopia _____
Resumen _____ de la Historia Clínica bajo el número _____ radicada a mi nombre,
La cual solcito por el MOTIVO de: COPIA PARA LA EPS _____ TRASLADO A OTRO MUNICIPIO _____
ADQUIRIR UN SEGURO _____ COBRAR UN SEGURO _____ INSTAURAR DEMANDA LEGAL _____ OTRA _____
CUAL? _____

Durante el periodo comprendido _____

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

AUTORIZO A:

NOMBRE AUTORIZADO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____ PARENTESCO: _____

FIRMA DEL AUTORIZADO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE _____

FIRMA _____

Nota: Este documento no podrá ser utilizado para un fin diferente al MOTIVO.

CAMBEMOS JUNTOS HACIA UN HOSPITAL EFICIENTE CON CALIDAD Y CALIDEZ
Dirección: Calle 5 N° 6 - 32 PBX: (092) 2209914 Gerencia: 2209590 Urgencias: 2209585 __ E-mail:
gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co- subdirección@ gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co