FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

Ramiriquí, _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE
Ramiriquí- Boyacá

Respetuoso saludo,

Yo _____ mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No _____ en calidad de _____ solicito a ustedes copia de la(s) historia(s) del paciente_____ identificado(a) con:

Cedula de Ciudadanía		Registro civil de nacimiento	
Cedula de Extranjería		Tarjeta de identidad	

Número: _____ Expedido en: _____

Epicrisis		Ultima atención		Completa	

Lo anterior con el fin de:
_____
_____

Con destino a _____

Atentamente,

Firma: _____
Nombre: _____
CC No._____

Recibí a Satisfacción

Firma: _____
Nombre: _____
CC No._____

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUÍ Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD