

FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA, FURIPS, INFORME QUIRÚRGICO Y CERTIFICADO DE CASA MÉDICA. (PERSONA JURÍDICA)

**CÓDIGO
R-AU-029**

FECHA DE SOLICITUD: _____ / _____ / _____

SELECCIONAR EMPRESA:

SELECCIONAR IPS:

SI AUTORIZA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES Y LOS DE LA PERSONA QUE USTED REPRESENTA DILIGENCIE ESTE FORMATO

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado (a) y residenciado (a) en _____, identificado (a) con tipo de documento: C.C C.E PA Otro: _____ No. _____, obrando en representación de _____, persona jurídica identificada con Nit. No. _____ Solicito copia de historia clínica, FURIPS, Informe Quirúrgico Certificado de casa médica del paciente _____ identificado con C.C C.E PA Otro _____ No. _____, documento (s) que se requiere (n) para el siguiente motivo o propósito:

Conozco las restricciones a que tiene lugar el uso de la historia clínica según el artículo 1 y 13 de la Resolución 1995 de 1999.

Para obtener copia de la documentación mencionada debo presentar los siguientes requisitos solicitados por la Institución, con la cual garantiza esta entidad la seguridad de la información:

- Certificado de existencia y representación legal no mayor a 30 días
- RUT actualizado
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal

Nombre del paciente: _____

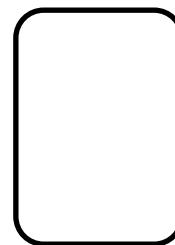
Firma del paciente: _____

Nº identificación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____



HUELLA