E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN	CODIGO: IC-FO-007
		VERSION: 2
	FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA Y/O CERTIFICACION DE ATENCION EN SALUD	FECHA: JUN 2018
		PAGINA 1 DE 1

Fecha de solicitud	Dia	Mes	Año

Nombre del paciente	
Numero de identificacion	
Telefono de contacto	

Tipo de solicitante (Marque con una X)	**Usuario**	**Tercero**	**Entidad judicial o de control**
Nombre del solicitante			
Numero de identificacion			
Telefono de contacto			
Parentesco (Si aplica)			

N. Historia clinica	
Tipo de solicitud (Marque con una X)	
Copia completa de historia clinica	
Copia parcial de historia clinica	
certificacion de nacimiento	
Certificacion de fallecimiento	
Certificacion de hospitalizacion (Posterior al egreso)	
Constancia de hospitalizacion	
otros, cual?	

MOTIVO DE LA SOLICITUD (Explicar el por qué)

FIRMA DEL SOLICITANTE		**ESPACIO PARA RADICACION DEL CEGDOC (Entrada)**
Direccion		
Correo electronico		
*Solicito y autorizo que la historia clínica, me sea enviada a través de la dirección de correo electrónico descrita en esta solicitud. Por favor Diligenciar de manera legible y completa la dirección de correo electrónico.		

FIRMA DE QUIEN RECIBE						**ESPACIO PARA RADICACION DEL CEGDOC (Salida)**
Nombre de quien recibe						
Numero de identificacion						
Telefono						
FUNCIONARIO QUE ENTREGA						
Nombre de quien entrega						
Numero de identificacion						
N. folios		**Fecha**	Dia:	Mes:	Año:	

*Señor Usuario si desea conocer previamente el costo de las fotocopias de la solicitud que acaba de adelantar ante nuestra Institución, podrá llamar al número 5746888 mencionando el numero del radicado correspondiente, al cumplir con los tiempos establecidos.
Recuerde: Para solicitudes de historias clínicas antes del año 2000 el tiempo de respuesta demora máximo 10 días hábiles siguientes a la fecha de radicación, las demás solicitudes se responderan 5 días hábiles siguientes a la fecha de radicación. En el caso de usuarios que viven fuera de la ciudad, si la solicitud es enviada por vía correo electrónico se radicara en la oficina CEGDOC con los soportes originales.

**Autorizo a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, para el uso de los datos personales aquí consignados de acuerdo al manual de recoleccion y proteccion de datos personales, en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 del 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulen la materia.