



PROCESO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN
DOCUMENTAL

FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLINICAS
VERSIÓN 02

Código
FPA0205022
Fecha:
Febrero 2024

Cuidad Santiago de Arma de Rionegro, Fecha: _____

Señores
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO
Carrera 48 Nro. 56 59

Situación: ☐ Otorgamiento de poder ☐ Usuario fallecido
☐ Usuario menor de edad ☐ Usuario con imposibilidad para firmar

Mediante el siguiente formato hago solicitud formal de la historia clínica para entrega de:

☐ Copia física ☐ Copia enviada al correo _____

Datos del propietario de la historia

Nombre del usuario: _____ Tipo de
Documento ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC Número _____ de _____

Datos del solicitante

Nombre del Solicitante: _____ Tipo de
Documento ☐ CC ☐ CE Número _____ de _____
Parentesco: _____

Motivo de solicitud

Para constancia firman las partes,

Solicitante
Cc

Autorizador (Si aplica)
Cc

Anexar documentos según el caso:

Otorgamiento de poder: Copias de ambas cédulas

Usuario fallecido: Certificado de defunción, documento que acredite parentesco y ambas cédulas

Usuario menor de edad: Registro civil del menor y cédula del solicitante

Usuario con imposibilidad para firmar: Copia de las cédulas y documento que acredite parentesco

Cualquier inquietud contactarse al teléfono **5313700** ext. **117** ó escriba al correo **archivoclinico@hospitalrionegro.gov.co**