



MANUAL DE PROCESOS TRANSVERSALES

FORMATO:

SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

Levantamiento:
Agoto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
F-CE-TR-01

Página:
-1 de 1

Versión:
01

SOLICITUD DE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha Solicitud de la Historia Clínica

Día	Mes	Año

NOMBRE DEL PACIENTE : _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

PARA QUE SOLICITA EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: _____

FECHA DEL EVENTO QUE NECESITA:

Día _____ Mes _____ Año _____

EL PACIENTE INGRESO POR EL SERVICIO DE:

PRIORITARIA
CONSULTA EXTERNA
PROCEDIMIENTOS

FECHA DE INGRESO

Día _____ Mes _____ Año _____

FECHA DE SALIDA

Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre completo e identificación del solicitante _____

Parentesco con el paciente: _____

Anexar: Copia documento de identidad

De acuerdo a lo establecido en la resolución 1995 del 08 de julio de 1999, (artículo 01-) se establece que la historia es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, el cual únicamente puede ser conocido por el paciente o por terceros previa autorización del mismo o en casos previstos en la ley.