

	FONDO ASISTENCIAL DEL MAGISTERIO DEL CAQUETA	MPA-GDA-FR-01
	Formato	Versión: 00
	Solicitud de Historia Clínica	Aprobado: 17/05/2017

_____ Caquetá, ____ de _____ de _____

Señores:

ARCHIVO

FONDO ASISTENCIAL DEL MAGISTERIO DEL CAQUETA LIMITADA

Florencia El Paujil El Doncello San Vicente del Caguán

Cordial Saludo.

Yo, _____ identificado(a) con
_____ número _____ expedida en _____,
solicito copia de mi historia clínica.

Copia: Completa Parcial De Fecha: ____/____/____
A Fecha: ____/____/____

Esta historia clínica es solicitada con el fin de: _____

Firma Solicitante: _____
Documento de Identidad: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

ESTIMADO USUARIO:

**Anexar a este formato copia de su documento de identidad.
Para garantizar la custodia y privacidad de su historia clínica, al momento de reclamar su copia
por favor presentar su documento de identidad.**