

	FONDO ASISTENCIAL DEL MAGISTERIO DEL CAQUETA	MPA-GDA-FR-04
	Formato	Versión: 00
	Solicitud de Historia Clínica Fallecidos	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 _____, en
 calidad de representante legal, solicito copia de mi historia clínica de
 _____ identificado con _____
 número _____ expedida en _____.

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

Parentesco del Solicitante Padre o Madre Hijo Compañero (a)
En caso de otro parentesco diferente al señalado deberá mediar una sentencia judicial.

Esta historia clínica es solicitada con el fin de: _____

“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”

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

ESTIMADO USUARIO:

Anexar: copia de documento de identidad solicitante, copia de registro civil de defunción, copia de registro civil en donde conste el parentesco, matrimonio o extra juicio de convivencia, según el caso (Sentencia T-343 del 2008).

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

Carrera 9 # 9-104 Barrio El Prado – Florencia Caquetá PBX: (8)4352918

E-mail: famacltda35@yahoo.es – famacltda35@hotmail.com