

SOLICITUD DE ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Guaranda – Sucre

Señores:

IPS Clínica Guaranda Sana

1. DATOS DEL TITULAR / PACIENTE

Nombres	
Tipo y número de documento	
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Teléfono / Celular	
Correo electrónico	

2. DATOS DEL SOLICITANTE (si es diferente al titular)

Nombre completo	
Tipo y número de documento	
Parentesco o relación con el titular	
Dirección	
Teléfono / Celular	
Correo electrónico	

3. MOTIVO DE LA SOLICITUD

Por medio de la presente solicito copia de la historia clínica de la atención prestada debido a que es requerida para

4. DOCUMENTOS ADJUNTOS (marcar los que aplican)

- Copia del documento de identidad del titular. ____
- Copia del documento de identidad del solicitante (si es distinto). ____
- Autorización firmada del titular o poder notarial (si aplica). ____
- Documento que acredite la representación legal (registro civil, sentencia, carta poder, certificado de defunción en caso de fallecimiento, etc.). ____
- Otros: _____

5. RANGO DE FECHAS / HISTORIAS SOLICITADAS

- Indicar fechas específicas o periodos (__/__/__ a __/__/__).
- Señalar si requiere sólo:
 - Epígrafes ____
 - Egresos ____
 - Informes de laboratorio ____
 - Copia completa ____

6. MODALIDAD DE ENTREGA

- Marque una opción:
 - ☐ Envío por correo electrónico a _____
 - ☐ Retiro por el solicitante o autorizado en las instalaciones de la clínica (presentar documento original al retirar)

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información suministrada es verdadera y autorizo a la IPS Clínica Guaranda Sana a entregar la copia de la historia clínica según lo solicitado. Comprendo que la entrega estará sujeta a verificación de identidad y/o representación, y al cumplimiento de la normatividad vigente en materia de protección de datos personales y secreto profesional.

La información suministrada en la copia de la historia clínica entregada la manejare con total confidencialidad por lo cual no podrá ser divulgada a terceros y se maneja con estricta reserva.

Firma del titular o representante: _____

Nombre: _____

Fecha: __/__/__

Firma del funcionario que recibe la solicitud: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Fecha de recepción: __/__/__

