



AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE HISTORIAS CLÍNICAS MENORES DE EDAD

Código: FSIS.002

Versión: 002

Fecha: 10.11.14

Yo _____
identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de
_____, en calidad de (padre-Madre) del menor
_____ identificado con (T.I -RC)
_____, solicito copia de su historia clínica
correspondiente a la hospitalización del día ____ del mes de _____
del año _____ hasta el día ____ del mes de _____ del año _____.
Autorizo _____ a _____ la _____ señor _____ (a)
_____ identificado(a) con cédula de
ciudadanía No. _____ Para que le sea
entregada las copias de esta historia Clínica.

Atentamente,

C.C.

Firma Solicitante

C.C.

Firma Autorizado

Nota: Anexar Copia de Documento de Identidad de paciente, solicitante y autorizado.

Firma Recibido: _____

fecha: _____