



**SOLICITUD DE FOTOCOPIA DE HISTORIA CLINICA,
CERTIFICADOS Y/O INCAPACIDAD**

Código: F-GTI:GD-08

Vigencia: 8/08/2023

Versión: 05

Página 1 de 2

DIA MES AÑO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____

Tipo Doc. Identidad No: _____ FECHA DE ATENCIÓN: _____

TELEFONO DE CONTACTO: _____ SERVICIO DE ATENCIÓN:

URGENCIA HOSPT. / UCI CIRUGIA SERVICIOS AMBULATORIOS

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN _____

EMPRESA RESPONSABLE / ASEGURADORA _____

DOCUMENTO SOLICITADO: HISTORIA CLINICA RESUMEN(EPICRISIS) CERTIFICADO ESTANCIA

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____

QUIEN REALIZA LA SOLICITUD:

PACIENTE PRIMER GRADO DE CONSEGUINIDAD TERCEROS

EN CASO NO SER EL PACIENTE

MOTIVO DE NO REALIZAR LA SOLICITUD: _____

PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE COMPLETO: _____ C.C. No: _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

*Si la persona autorizada es un tercero, debe diligenciar el formato de autorización a la Clínica del Caribe de la copia de historia clínica a terceros.

¿CÓMO DESEA RECIBIR LA COPIA DE HISTORIA CLINICA?

PERSONALMENTE EN RECEPCION PRINCIPAL CORREO ELECTRONICO*

* Debe diligenciar el formato de autorización a la Clínica del Caribe el envío de la copia de historia clínica por el canal de correo electrónico.

CORREO ELECTRONICO _____

FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR QUE REALIZA LA SOLICITUD		FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD	
FUNCIONARIO QUE ENTREGA LA HC	No. DE FOLIOS RECIBIDOS	FIRMA Y FECHA ACEPTACIÓN RECIBO DEL DOCUMENTO	

**COSTO DEL SERVICIO: \$3.000 CUBRE HASTA 10 FOTOCOPIAS. COSTO FOTOCOPIA ADICIONAL \$100 C/U
ENTREGA A LOS 3 DÍAS HÁBILES DE RECIBIDA LA SOLICITUD. HORARIO 08:00 AM- 12:00 M Y 1:00 PM- 5:00 PM DE LUNES A VIERNES**