

## FORMATO DE SOLICITUD DE ENTREGA DE HISTORIA/S CLINICA/S

Yo, \_\_\_\_\_ (**Nombres y apellidos del paciente**), identificado/a con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ (**Número**) expedida en \_\_\_\_\_ (**lugar expedición**), atendido por SERVICIOS DE SALUD SAN VICENTE FUNDACION, solicito la entrega de la siguiente historia clínica:

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Parentesco (A NOMBRE PROPIO - HIJO - PADRES - ESPOSO – HERMANOS): \_\_\_\_\_

Sede de atención: \_\_\_\_\_

Autorizo enviar la/s historia/s clínica/s a la siguiente dirección electrónica \_\_\_\_\_.

Así mismo, de forma voluntaria autorizo a SERVICIOS DE SALUD SAN VICENTE FUNDACION para que entregue mi Historia Clínica a las siguientes personas:

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

**Manifiesto que toda la información consignada es verídica y que garantizo la custodia de la historia clínica entregada para consultas futuras.**