



PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL

FT-GD-13

FORMATO

SOLICITUD DE PRÉSTAMO O COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

VERSIÓN 1

SOLICITUD DE PRÉSTAMO O COPIA DE HISTORIA, INFORME CLÍNICO Y MANEJO DE HISTORIA CLINICA ESPECIAL

No.:

FECHA: ___/___/___

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN
DIRECCIÓN	TELÉFONO O CELULAR

HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA

NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	APROBADO	
		SI	NO
DIRECCIÓN	TELÉFONO O CELULAR		
		SI	NO

OTRA INFORMACIÓN SOLICITADA

		APROBADO	
		SI	NO
		SI	NO

RAZÓN DE LA SOLICITUD

FIRMA SOLICITANTE:

RECIBIDA POR:

REVISIÓN / APROBACIÓN DE LA SOLICITUD (Espacio para diligenciar por la E.S.E.)

SOLICITUD REVISADA POR:

SOLICITUD APROBADA POR:

OBSERVACIONES:

CONSTANCIA DE ENTREGA

FECHA	INFORMACIÓN ENTREGADA	MEDIO	OBSERVACIONES

ENTREGADO POR:

RECIBIDO POR: