



**CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA
CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS**

CNP-FT-087

Santiago de Cali, _____ de _____ de 20____

Señores
CLINICA NEUMOLOGICA
DIRECCION MEDICA
Ciudad.-

Yo _____ con Documento de Identificación CC____ CE____ Pasaporte____
Numero _____ Expedida en _____, Solicito copia de mi Historia Clínica. Fecha ultima
atención: DD____MM____AA____

Firma del solicitante: _____

No. de Documento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Debe anexar

- ✓ Copia del documento de identificación

Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal".

Vo. Bo. Director Médico: _____

Recibo de conformidad:

Nombre: _____

Fecha: _____

No. de Documento: _____

No. de Folios: _____