



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

CNP-FT-090

Santiago de Cali, _____ de _____ de 20____

Señores
CLINICA NEUMOLOGICA
DIRECCION MÉDICA
Ciudad.-

Yo _____ con Documento de Identificación CC____ CE__ Pasaporte____
Numero _____ Expedida en _____, Solicito copia de la Historia Clínica de:
_____ con Documento de Identificación CC____ CE__ Pasaporte____
Numero _____ Expedida en _____ Quien falleció en la fecha DD____ MM____ AA____

Parentesco del Solicitante: Padre o Madre _____ Hijo(a) _____ Compañero(a) _____

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

Esta Historia Clínica es solicitada con el fin de: _____

Firma del solicitante _____ No. de Documento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Debe anexar

- ✓ Copia del documento de identificación del solicitante, Copia del certificado de Defunción, Registro civil donde conste el parentesco Matrimonio o extra juicio de convivencia, según el caso

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: _____