

 	<b>FORMATO</b>	<b>Cód:</b> MPF23
	<b>SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTO</b>	<b>Ver:</b> 03
		<b>F.E.:</b> 08/03/2021

(DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Señores:

IPS CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Ciudad

Cordial Saludo,

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, solicito copia de la historia clínica con motivo de \_\_\_\_\_

Manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por la institución a través del área del SIAU no la haré pública, se manejará con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva de este. Manifiesto utilizar la copia de la historia clínica solo para los motivos expresos anteriormente. Exonero a la institución de toda responsabilidad por el manejo que se le dé a la información suministrada.

Atentamente,

FIRMA: \_\_\_\_\_

Dirección Residencia: \_\_\_\_\_

C.C. N°: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### REQUISITOS DE LA SOLICITUD

<b>TITULAR</b>	*Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte del paciente titular, ampliada al 150%.
<b>TERCERO AUTORIZADO</b>	*Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte del paciente titular, ampliada al 150%. *Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte del solicitante (persona autorizada) ampliada al 150%. *Carta de autorización firmada por el paciente y por la persona autorizada, en caso de representación legal, el solicitante deberá anexar el documento que lo acredita como tal, la carta debe especificar el motivo por el cual se solicita y las fechas de atención requeridas.
<b>MENOR DE EDAD</b>	Fotocopia del Registro civil del paciente ampliado al 150%. Fotocopia del documento de Identidad del padre solicitante, ampliada al 150%.
<b>PACIENTE FALLECIDO O CON INCAPACIDAD MENTAL, FISICA O INCONSCIENTE</b>	Fotocopia de certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente. Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte, del paciente titular, ampliada al 150%. Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte de la solicitante, ampliada al 150%. Registro de defunción o certificado de defunción del paciente titular, si aplica. Declaración extra-juicio (en el caso que la persona que la solicite sea la pareja permanente en estado de unión libre), acta de matrimonio (esposo/a) o registro civil con el fin de demostrar el parentesco.