

	GESTION DOCUMENTAL	FR-GD-02-V2
	Formato de Solicitud y Entrega de Copia de Historia Clínica	Vigencia: 28/03/2023
		Página 1 de 1

Fecha de solicitud: _____ Hora: _____

Nombre del paciente _____

Número y Tipo de Identificación: _____

Medio por el cual se realiza solicitud: _____

Nombre quien solicita la copia: _____

En caso de solicitud por un tercero, especifique parentesco: _____

Motivo por el cual realiza la solicitud un tercero: _____

Firma: _____ Huella:

Fecha de entrega o envío de copia de HC: _____ Hora: _____

Nombre quien entrega: _____ N° de folios: _____

Medio por el cual se entrega HC: _____

Nombre quien recibe: _____

Firma: _____