



**SOLICITUD DE FOTOCOPIA DE HISTORIA
CLINICA, CERTIFICADOS Y/O INCAPACIDAD**

Código: F-SA-119

Vigencia: 11/03/2019

Versión: 04

Página 1 de 1

DIA MES AÑO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____

C.C. No: _____ FECHA DE ATENCIÓN: _____

TELEFONO: _____

URGENCIA HOSPITALIZACION No. HABITACIÓN _____

CIRUGIA AMBULATORIA TIEMPO DE HOSPITALIZACION _____

EMPRESA RESPONSABLE / ASEGURADORA _____

TIPO DE DOCUMENTO SOLICITADO: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____

FIRMA DEL PACIENTE O AUTORIZADO, COMO CONSTANCIA DE RECIBIR LA
INFORMACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA ENTREGA DE DOCUMENTO

FUNCIONARIO QUE RECIBE LA
SOLICITUD

FUNCIONARIO QUE ENTREGA LA HC

No. DE FOLIOS
RECIBIDOS

FIRMA Y FECHA ACEPTACIÓN RECIBO DEL DOCUMENTO

**COSTO DEL SERVICIO: \$3.000 CUBRE HASTA 10 FOTOCOPIAS. COSTO FOTOCOPIA ADICIONAL \$100 C/U
ENTREGA A LOS 5 DÍAS DE RECIBIDA LA SOLICITUD. HORARIO 08:00 AM- 12:00 M Y 2:00 PM- 5:30 PM DE LUNES A VIERNES**