Neiva, DD / MMM / AAAA

SEÑORES:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

Cordial saludo

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con C.C \_\_\_ C.E \_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_ número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de representante legal, solicito copia de la Historia Clínica de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con R.C \_\_\_ T.I \_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Parentesco del solicitante**: Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ otros \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Copia:** Completa \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_ **Fecha de atención requerida:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

***En caso de otro parentesco diferente al señalado deberá mediar una sentencia judicial.***

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del solicitante**

No. De documento de identidad:

Teléfono:

Dirección:

Correo electrónico:

***Debe Anexar:***

*Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento de identificación del menor, registro civil donde conste el parentesco.*

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO “CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA - MENOR DE EDAD”**

**OBJETIVO:** Obtener un formato de solicitud de historia clínica – menor de edad para los usuarios de la ESE Carmen Emilia Ospina.

**ALCANCE:** Aplica para todos los usuarios de la ESE Carmen Emilia Ospina.

***Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:***

**DD/MMM/AAAA:** Registrar día, mes y año que se realiza la solicitud de la historia clínica.

**Yo:** Escribir el nombre completo del representante legal que solicita la historia clínica.

**Identificado con:** Registrar con una “X” el tipo de identificación del representante legal que solicita la historia clínica.

**Numero:** Registrar el número de identificación del representante legal que solicita la historia clínica.

**Expedida en:** Escribir el lugar de expedición del documento del representante legal que solicita la historia clínica.

**Solicito copia de la Historia Clínica de:** Escribir el nombre completo del menor de edad.

**Identificado con:** Registrar con una “X” el tipo de identificación del menor de edad.

**Numero:** Registrar el número de identificación del menor de edad.

**Expedida en:** Escribir el lugar de expedición del documento del menor de edad

**Parentesco del solicitante:** Registrar con una “X” de acuerdo al parentesco del usuario.

**Copia:** Registrar con una “X” si la copia la requiere completa o parcial.

**Fecha de atención requerida:** Registrar día, mes y año de la atención requerida.

**Observaciones:** Escribir las observaciones según corresponda.

**Firma del solicitante:** Registrar la firma del solicitante de la historia clínica.

**No. De documento de identidad:** Registrar la identificación del solicitante de la historia clínica.

**Teléfono:** Registrar el teléfono del solicitante de la historia clínica.

**Dirección:** Registrar la dirección de residencia del solicitante de la historia clínica.

**Correo electrónico:** Registrar el correo electrónico del solicitante de la historia clínica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | |
| Versión | Descripción el Cambio | Fecha de aprobación |
| 1 | Elaboración del documento: Se elabora documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso: “Gestión documental” | 29/12/2022 |
| Nombre: María Fernanda Arias Carvajal.  Cargo: Auxiliar administrativo.  Nombre: Evelyn Karolina García Polanco.  Contratista área Garantía de la Calidad. | Nombre: Martha Patricia Plazas Zambrano.  Cargo: Coordinadora área Sistemas de Información.  Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta.  Contratista área Garantía de la Calidad. | Nombre: Eulogio Duran Rodríguez.  Cargo: Subgerente administrativo. |
| Elaboró | Revisó | Aprobó |