

ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: F-28	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA	
Versión: 04		Fecha: 14/09/2021

Tunja, _____

Señores
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Yo _____ Mayor de edad identificado (a) con cédula de ciudadanía número _____ en calidad de _____ solicito a ustedes muy comedidamente se me permita fotocopia de la Historia Clínica de _____ identificado (a) con cédula de ciudadanía número _____

Epicrisis (Resumen Historia Clínica)___ Última atención (Fecha atención-servicio) ___ Completa___

- En caso que la solicitud de envío sea a través de correo certificado, previo cumplimiento de requisitos, favor consignar el número de copias a la cuenta de ahorros **Banco Davivienda No. 176200020004**. Enviar al correo electrónico estadistica@hospitalsanrafaeltunja.gov.co los requisitos junto con el soporte de consignación para dar trámite al requerimiento.
- En caso que la solicitud de envío sea por correo electrónico, previo cumplimiento de requisitos favor registrar el correo electrónico del titular de la Historia clínica solicitada para realizar el respectivo envío.

Lo anterior con el fin de _____ y con destino a _____

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LOS DATOS AQUI SUMINISTRADOS SON CIERTOS

Atentamente,

NOMBRE DEL SOLICITANTE
CC. No.

Recibí a Satisfacción
CC. No.