

FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del/la consultante: _____
Identificación: _____
Número de Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____
Fecha de la Solicitud: _____
Ciudad de la atención: _____
Fecha de inicio del proceso: _____ Fecha de Terminación: _____ En curso (X)

Hago solicitud formal de mi historia clínica por motivo de: _____

Comprendo que me será entregada una copia física de mi historia clínica y que debo recogerla en el lugar, fecha y hora indicadas por el doctor. En caso de requerir únicamente la epicrisis, podré solicitar el envío de la misma a mi correo electrónico. Reconozco que mi historia clínica es un documento de carácter confidencial, por lo tanto Exonero al Dr. Mantilla de cualquier responsabilidad legal, profesional y ética sobre la custodia y confidencialidad de la información suministrada. Reconozco que el doctor ha actuado de conformidad con los acuerdos alcanzados. Declaro que entiendo, acepto y asumo todos los riesgos y posibles consecuencias de tener bajo mi custodia la copia de mi historia clínica. De igual forma, tengo claro que se me podrá cobrar una tarifa por la copia de mi historia clínica y que en caso de requerir el envío de la misma por correo certificado, debo asumir los costos adicionales de dicho procedimiento. Comprendo que el Doctor Mantilla puede tardarse hasta 15 días hábiles en responder mi solicitud y tomarse otros 15 días en caso de fuerza mayor, a partir de la fecha de mi solicitud.

Firma (Consultante): _____
C.C.: _____