

## Formato solicitud Historia Clínica de familiar fallecido

Bucaramanga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Señores

CLINICA LA RIVIERA

Bucaramanga

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con el número

\_\_\_\_\_, solicito copia de la historia clínica de

\_\_\_\_\_, identificado (a) con el número

\_\_\_\_\_ quien falleció en la fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco del solicitante: Padre o madre \_\_\_\_\_ Hijo(a) \_\_\_\_\_ Esposo(a) / Compañero (a) \_\_\_\_\_

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

Esta historia clínica es solicitada con el fin de: \_\_\_\_\_

---

**“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”**

Copia completa \_\_\_\_ parcial \_\_\_\_ Fecha de la atención requerida:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Debe anexar:**

copia de la cédula del titular

copia del registro civil de defunción

copia de la cédula del solicitante

copia del registro civil en donde conste el parentesco, matrimonio o declaración extrajuicio

## Formato solicitud Historia Clínica de familiar fallecido

Bucaramanga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Señores

CLINICA LA RIVIERA

Bucaramanga

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con el número

\_\_\_\_\_, solicito copia de la historia clínica de

\_\_\_\_\_, identificado (a) con el número

\_\_\_\_\_ quien falleció en la fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco del solicitante: Padre o madre \_\_\_\_\_ Hijo(a) \_\_\_\_\_ Esposo(a) / Compañero (a) \_\_\_\_\_

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

Esta historia clínica es solicitada con el fin de: \_\_\_\_\_

---

**“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”**

Copia completa \_\_\_\_ parcial \_\_\_\_ Fecha de la atención requerida:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Debe anexar:**

copia de la cédula del titular

copia del registro civil de defunción

copia de la cédula del solicitante

copia del registro civil en donde conste el parentesco, matrimonio o declaración extrajuicio