

SOLICITUD HISTORIA CLINICA MIGUEL ANGEL CASTRO URQUINA

DEISY CASTRO <deiscastro@hotmail.com>

Mié 13/03/2024 9:36 AM

Para: Archivo Florencia <archivo.florencia@medilaser.com.co>

Buenos días

Comedidamente me permito solicitar historia clínica de mi esposo quien en vida se llamaba MIGUEL ANGEL CASTRO URQUINA identificado con cédula de ciudadanía No 17.632.268 de Florencia, Caquetá, desde el año 2000 hasta el año 2020 que repose en el archivo de la Medilaser.

Adjunto

solicitud de historia clínica

cedula de ciudadanía de mi esposo

cedula de ciudadanía de Selmira Medina

registro civil de matrimonio

registro civil de defunción

Cordialmente,

 [4.Registro defunción Miguel Castro.pdf](#)

SELMIRA MEDINA CARVAJAL

Cel. 3142880509

Correo: selmiramedina12@gmail.com ; deiscastro@hotmail.com  [solicitud medilaser.pdf](#)

 [Cedula selmira.pdf](#)  [Cédula Miguel Angel castro-150.pdf](#)  [registró de matrimonio.pdf](#)

	SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR PACIENTES, USUARIOS O CLIENTES EXTERNOS	VERSIÓN	#
		VIGENCIA	mar-23
		CÓDIGO	F-GI-080 MD
		PÁGINA	1 DE 1

Sucursal:	Florencia	Sede:	
Solicitud para:	Persona fallecida	Fecha solicitud:	13/03/2024

DATOS DEL SOLICITANTE						
(Favor marque con una "X", y si es una unidad de negocio describa el Nombre y NIT)						
Nombres y apellidos:	Tipo de identificación:	CC	X	CE	NIT	NUIP
Selmira Medina Carvajal	Número de documento:	- 26.630.174				

DATOS DEL PROPIETARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA (favor marque con una "X")						
Nombres y apellidos:	Tipo de identificación:	CC	X	CE	TI	RC
Miguel Ángel Castro U.	Número de documento:	PA	PE	SC	NUIP	

DATOS DE LA SOLICITUD		
☒ Historia clínica completa.	☐ Última atención.	☐ Fecha específica
☐ Historia clínica de un episodio.	☐ Orden médica.	☐ Otra
☐ Incapacidad.	☐ Epicrisis.	¿Cuál?

MOTIVO DE LA SOLICITUD	
Solicito Historia Clínica completa para trámite bancario desde el año 2000 hasta el año 2020	

Señor Solicitante por favor presentar los siguientes documentos como soporte (anexo) del presente formato:

Si usted es un familiar de un paciente fallecido, debe presentar:		VERIFICACIÓN
Nº	DOCUMENTO	
1	Documento que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.	
2	Copia del registro civil de defunción.	
3	Copia del documento de identidad del solicitante	

SOPORTE DE ENTREGA	
☒ Correo electrónico.	☐ Físico (fotocopias) o medio óptico (CD o DVD).

Solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

Por favor diligenciar de manera legible y completa la dirección de correo electrónico

Correo electrónico: **deiscastro@hotmail.com**

Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica a través de dicho canal electrónico.

Datos de contacto del solicitante

Número móvil:	- 314 288 0509
Dirección de residencia:	Manzana 8 casa 6
Correo electrónico alternativo:	selmira.medina.12@gmail.com
Fecha y hora de entrega:	

OBSERVACIONES

Número de folios entregados:

FIRMAS	
PERSONA QUIEN SOLICITA	COLABORADOR QUIEN ENTREGA
- Selmira Medina Carvajal	

*Usted recibirá fiel copia de la historia clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. NO PODRÁ SER PÚBLICA Sentencia T-338 2009". "La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999 modificada Resolución 839 2017)". En caso que el paciente haya fallecido, la historia clínica solo se entregará quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (esposo(a) o compañero(a) permanente).