

FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA, FURIPS, INFORME QUIRÚRGICO
ESTADO DE CUENTA, DETALLADO DE CUENTA CERTIFICADO DE CASA MÉDICA.
(PERSONA JURÍDICA)

**CÓDIGO
R-AU-029**

FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

SELECCIONAR EMPRESA:

SELECCIONAR IPS:

SI AUTORIZA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES Y LOS DE LA PERSONA QUE
USTED REPRESENTA DILIGENCIE ESTE FORMATO

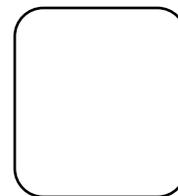
Yo, _____, mayor de edad, domiciliado (a) y
residenciado (a) en _____, identificado (a) con tipo de documento:

C.C C.E PA Otro: _____ No. _____, obrando en representación
de _____, persona jurídica identificada con Nit.
No. _____ Solicito: Copia de historia clínica FURIPS, estado
de cuenta, detallado de cuenta, Informe Quirúrgico, Certificado de casa médica del
paciente _____ identificado con C.C C.E PA Otro _____
No. _____, documento (s) que se requiere (n) para el siguiente
motivo o propósito:

Conozco las restricciones a que tiene lugar el uso de la historia clínica según el artículo 1 y 13 de
la Resolución 1995 de 1999. Para obtener copia de la documentación mencionada debo presentar
los siguientes requisitos solicitados por la Institución, con la cual garantiza esta entidad la
seguridad de la información:

- Certificado de existencia y representación legal no mayor a 30 días,
- RUT actualizado,
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.

Nombre del paciente: _____
Firma del paciente: _____
N° identificación: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____



Huella

Nombre del representante: _____
Firma del representante: _____
N° identificación: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____



Huella