



**AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIAS CLÍNICA**

CODIGO: GIN.PR.01-FR.01

VERSION: 3

FECHA: 02/11/2018

Nombre Usuario \_\_\_\_\_ No Documento Identidad: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Motivo Solicitud:

- Desea conocer información general sobre su enfermedad
- Desea tramitar una autorización ante una EPS/Ente Territorial
- Desea cambiar de médico tratante o entidad
- Desea presentarlo al Ejército Nacional
- Otro Trámite, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona autorizada para solicitar copia HC: \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma usuario (No aplica para medio Magnético)  
(Adjuntar fotocopia de documento de identidad del usuario)

Solicitada por medio: Físico \_\_\_\_\_ Magnético \_\_\_\_\_

Si aplica Magnético Enviada por: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIAS CLÍNICA**

CODIGO: GIN.PR.01-FR.01

VERSION: 3

FECHA: 02/11/2018

Nombre Usuario \_\_\_\_\_ No Documento Identidad: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Motivo Solicitud:

- Desea conocer información general sobre su enfermedad
- Desea tramitar una autorización ante una EPS/Ente Territorial
- Desea cambiar de médico tratante o entidad
- Desea presentarlo al Ejército Nacional
- Otro Trámite, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona autorizada para solicitar copia HC: \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma usuario (No aplica para medio Magnético)  
(Adjuntar fotocopia de documento de identidad del usuario)

Solicitada por medio: Físico \_\_\_\_\_ Magnético \_\_\_\_\_

Si aplica Magnético Enviada por: \_\_\_\_\_