



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
BARRANCABERMEJA**

PROCESO GESTION DE CALIDAD

**FORMATO SOLICITUD DE COPIA O TRASLADO
HISTORIAS CLINICAS**

CÓDIGO: GC-FR025

VERSIÓN: 3

**Fecha de emisión:
28/06/2017**

FECHA DE SOLICITUD _____
NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO _____
IDENTIFICACION CC __ TI __ RC __ NÚMERO _____

SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN Persona en Situación de Discapacidad (PESD) __
Víctima del Conflicto Armado __ Integrante de grupo étnico (IGE) __ Adulto Mayor (AM) __
Mujer Gestante (G) __ Desplazado (D) __ No Aplica __
TELEFONO DE CONTACTO: _____ DIRECCIÓN Y BARRIO _____

TIPO DE SOLICITUD: COPIA DE H.C ____ TRASLADO H.C ____
DE CENTRO DE SALUD _____ A CENTRO DE SALUD _____
HISTORIA CLÍNICA DE: PROPIA __ PADRE/MADRE __ CONYUGUE __ HIJO/A __ OTRO _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD:(especifique el centro de salud Donde se encuentra la historia clínica solicitada)

Nombre y apellidos del solicitante _____
Documento de identidad _____

ESPECIFIQUE DOCUMENTOS SOLICITADOS: PARA COPIA O TRASLADO
Epicrisis _____ Hoja de Urgencias ____ Hoja de evolución ____
Toda la Historia MEDICA _____ Toda la Historia ODONTOLOGICA: ____
Otros CUAL? _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

DATOS DILIGENCIADOS POR LA ESE BARRANCABERMEJA: COPIA HISTORIA CLÍNICA

No. De folios entregados _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____ FECHA ENTREGA: _____

FIRMA DE QUIEN RECIBE _____

ENTREGADOS POR _____

TRASLADO DE HISTORIA CLÍNICA

FIRMA DE QUIEN RECIBE HISTORIA CLÍNICA EN CENTRO DE SALUD: _____

FECHA DE TRASLADO: _____

