

 Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN	SOLICITUD DE DOCUMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA APROBACIÓN: VERSIÓN: 001 PÁGINA 1 DE 1 CÓDIGO: HGDC-AU-FORM-SDHC
	FORMATO	

Nro. _____

Quito, ___ de _____ del 201__

Señor/a/ita.
DIRECTOR/A ASISTENCIAL DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN
 Presente.-

Yo, _____ con Cedula de Ciudadanía /

Pasaporte N° _____, por medio del presente me dirijo a usted para solicitarle, se autorice a quien corresponda la entrega de los siguientes documentos:

- Certificado Médico
- Copia historia clínica completa
- Copias de resultado de exámenes de _____
- Otros, especifique _____

Los cuales deberán ser:

COPIAS SIMPLES COPIAS CERTIFICADAS (exclusivo para asuntos judiciales)

Nota: Declaro conocer de las implicaciones de carácter legal y por tanto será de exclusiva responsabilidad del suscrito, la utilización de la información requerida al Hospital General Docente Calderón, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 6 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública "LOTAIP".

Titular de la información

(f.) _____

Nombre: _____

Adjuntar copia de cédula del solicitante.

Espacio exclusivo para uso del Hospital General Docente de Calderón		
APROBADO <input type="checkbox"/>	NEGADO <input type="checkbox"/>	Firma y Sello del Responsable: _____

Literal_f4-Formulario_solicitud_documentos_historia_clínica_personal
 V001

Av. Giovanni Calles y calle Derby
 Teléfono: 593-2 3952-700
www.hgdc.gob.ec


SOLICITUD DE DOCUMENTOS DE HISTORIA CLÍNICA AL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN	
TRAMITE N°	
FECHA/HORA DE RECEPCIÓN	
RECEPTADA POR:	
CARGO DEL RECEPTOR:	
FIRMA Y SELLO:	

*Favor acercarse en el plazo de 24 horas, para retirar sus documentos.