

	TERAPIAS CTJ S.A.S.	Código: 0013-CTJD-HC-FO-SHC
	PROCESO TERAPIA INTEGRAL	Versión: 02
	FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA	Fecha: 2-2-2023
		Páginas: 1/1

FECHA SOLICITUD: _____

1. DATOS DE COTIZANTE

Nombres y Apellidos _____

Identificación _____ Teléfono _____ Correo _____

2. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos _____

Identificación _____ Teléfono _____

3. Solicitud copia de historia clínica: Cotizante _____ Beneficiario _____

4. Autorización entrega a un tercero

Nombres y Apellidos _____

Identificación _____ Teléfono _____

5. Motivo de solicitud _____

Recibí conforme

Nombre _____ Identificación _____ Firma _____

Reclamar la copia a los 8 días hábiles de diligenciada esta solicitud. De no ser reclamada en el mes siguiente será destruida