



TERAPIAS CTJ S.A.S.  
FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

Código: 0011-CTJ-HC-FO-SHC  
Versión: 02  
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**