

 <b>Clínica del Campestre</b> <small>ORTOPEDIA ESPECIALIZADA Y DERMATOLOGIA</small>	<b>SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA</b>	FT-AD-AR-01 Ver-08
		Abril 2018

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Señores  
 Clínica del Campestre  
 Ciudad

Yo \_\_\_\_\_ con documento de identificación  
 \_\_\_\_\_ solicito copia de mi historia clínica, la cual reposa en el archivo de su  
 institución. Solicito enviarla al correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Representante Legal      Cédula      Parentesco

Recibido por \_\_\_\_\_

**De acuerdo con la Resolución 1995 de 1999 en el Art. 13 reglamentario de la misma.**