Fecha de Solicitud	**D**	**M**	**A**	**Fecha de Entrega**	**D**	**M**	**A**

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre del Paciente:	
Documento de identidad:	EPS:
Teléfono o Celular:	Dirección:
Hospital, Centro o Puesto de Salud de atención:	
Fecha de atención solicitada:	
Servicio que fue atendido:	
Correo electrónico:	
Razón de la Solicitud: _____	
Autorizo Entrega a Terceros y la historia clínica de forma virtual: SI ( ) NO ( ) Firma del Paciente _____ Firma Persona Autorizada _____	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SOLICITANTE	
Nombre del Autorizado o Solicitante:	
Documento:	Parentesco y/o vinculo:
Dirección:	Teléfono o Celular:
Autorizo la entrega de la historia clínica de forma virtual: SI ( ) NO ( )	Correo electrónico:
Firma de recibido por parte del solicitante:	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTREGA DE DOCUMENTOS

Nombre del reclamante: _____
Documento de Identidad:_____
Parentesco y/o vinculo: _____ Dirección:_
Teléfono o Celular: _____
Fecha de Recibido: _____
Total, Folios y/o entrega por vía electrónica: _____
Correo electrónico: _____
Firma de Recibido del reclamante: _____

VIGILADO Supersalud