



"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS

FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS

	SOLICITUD COPIA HISTORIA CLINICA	Fecha: 14/08/19
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: AT-GD-F011
	HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA - LA PLATA HUILA	Versión: 01
	ADMINISTRATIVO - GESTION DOCUMENTAL	Página 1 de 1

CIUDAD Y FECHA: _____

SEÑORES:
E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
LA PLATA HUILA

CORDIAL SALUDO:

COMEDIDAMENTE ME PERMITO SOLICITAR COPIA DE LA HISTORIA CLINICA DE:

IDENTIFICADO(A) CON DOCUMENTO: RC ____ TI ____ CC ____ No. _____

EXPEDIDA EN :

PARA SER PRESENTADA EN:

MOTIVO:

ATENTAMENTE

NOMBRE: _____

C.C. No. _____ DE: _____

FIRMA: _____

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

Dirección: Carrera 2 E No. 11-17 / Telefax: 8370170 - La Plata Huila
Página Web: www.esesanantoniodepadua.gov.co



1. SI ES SU PROPIA HISTORIA CLINICA:

- * FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA
- * ANEXANDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2. SI ES SOLICITADA POR JUZGADO

- * ORDEN DEL JUEZ

3. SI ES SOLICITADO POR LA POLICIA

- * ORDEN JUDICIAL

4. SI ES SOLICITADA POR TERCEROS:

- * AUTORIZACION POR ESCRITO AUTENTICADA
- * CON COPIA DE LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION TANTO DEL SOLICITANTE COMO DEL PACIENTE.

5. HISTORIA CLINICA DE MENORES DE EDAD:

- * FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA
- * COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRES
- * COPIA DEL REGISTRO CIVIL DEL MENOR

PROCESO:

LA OFICINA DE ESTADISTICA RECEPCIONA LA DOCUMENTACION DE LOS SOLICITANTES DE HISTORIAS CLINICAS, LA CUAL SE HACE AUTORIZAR POR LA SUBGERENTE O AUDITORA DE CALIDAD, PARA PROCEDER A LA ENTREGA.

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

Dirección: Carrera 2 E No. 11-17 / Telefax: 8370170 - La Plata Huila
Página Web: www.esesanantoniodepadua.gov.co

CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO



"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

		CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL			
CONFIDENCIAL <small>Los datos que el DANE recolecta en este formulario son información confidencial, están protegidos bajo reserva estatística por la Ley 70 de 1995, Artículo 5.º</small>			NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO		15817131 - 2
<small>(Consulte instrucciones al respaldo)</small>					
I. INFORMACIÓN GENERAL					
LUGAR DE NACIMIENTO Departamento: _____ Municipio: _____					
ÁREA DEL NACIMIENTO <input type="checkbox"/> Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso					
FECHA DEL NACIMIENTO Año: [] [] Mes: [] Día: []		HORA DEL NACIMIENTO Hora: [] Minutos: [] <input type="checkbox"/> Sin establecer		SEXO DEL NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado	
HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo: _____ Factor Rh: _____					
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____					
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE <input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál? _____				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____	
DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO <input type="checkbox"/> 1. Indígena <input type="checkbox"/> 2. Gitano(a) o Rom <input type="checkbox"/> 4. Palenquero(a) de San Basilio <input type="checkbox"/> 6. Ningún grupo étnico ¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____ <input type="checkbox"/> 3. Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> 5. Negro(a), mestizo(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente					
DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO					
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____					
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____		PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud	
REGISTRO PROFESIONAL _____					
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento: _____ Municipio: _____ Año: [] [] Mes: [] Día: []			FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO _____		

PROCESO:

SE SOLICITA MEDIANTE OFICIO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO, LOS CUALES SE VAN DISTRIBUYENDO EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS SEGÚN NECESIDAD.

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

Dirección: Carrera 2 E No. 11-17 / Telefax: 8370170 - La Plata Huila
 Página Web: www.esesanantoniodepadua.gov.co

CERTIFICADOS DE DEFUNCION



DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



La salud
es de todos

Minsalud

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5°.

NÚMERO DEL CERTIFICADO
DE DEFUNCIÓN

72097399 - 4

[Consulta instrucciones al respaldo]

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Departamento: _____ Municipio: _____			
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado: _____ Inspección, corregimiento o caserío <input type="checkbox"/> Rural disperso	TIPO DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> No fetal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año: [] [] Mes: [] [] Día: [] []	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora: [] [] Minutos: [] [] <input type="checkbox"/> Sin establecer
SEXO DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado	APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____		
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál? _____	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____	PROBABLE MANERA DE MUERTE <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> En estudio	
DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIÓ COMO <input type="checkbox"/> 1. Indígena <input type="checkbox"/> 2. Gitano(a) o Itz'at <input type="checkbox"/> 4. Paisanquero(a) de San Basilio <input type="checkbox"/> 6. Ningún grupo étnico <input type="checkbox"/> 3. Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente			
¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____			

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____	PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud	REGISTRO PROFESIONAL _____
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento: _____ Municipio: _____ Año: [] [] Mes: [] [] Día: [] []		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN _____	

PROCESO:

SE SOLICITA MEDIANTE OFICIO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL CERTIFICADOS DE DEFUNCION, LOS CUALES SE VAN DISTRIBUYENDO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA SEGÚN NECESIDAD.

"Juntos cambiaremos tus temores en amor y vida"

Dirección: Carrera 2 E No. 11-17 / Telefax: 8370170 - La Plata Huila
 Página Web: www.esesanantoniodepadua.gov.co