

Quito,.....de.....del 20.....

Señor Director  
**HOSPITAL VOZANDES QUITO**  
Presente.-

De mi consideración:

Yo, .....con cédula de Identidad y/o pasaporte No..... solicito muy comedidamente autoriza a quien corresponda, la entrega de los siguientes documentos (copias certificadas-si aplica):

Historia Clínica	<input type="checkbox"/>	Exámenes	<input type="checkbox"/>
Epicrisis	<input type="checkbox"/>	Certificado Medico	<input type="checkbox"/>
Hola 008/ER	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Historia Clínica No. .... Fecha de atención: .....

Nombre del Paciente: .....

**Razón por la que requiero estos documentos es:**

Seguro Medico

Nombre del Seguro: ..... Otros: .....

Renuncio a la confidencialidad legal de la Historia Clínica y otros documentos, dejando expresa constancia que deslindo de toda responsabilidad al Hospital Vozandes Quito, por la emisión de los mencionados documentos que han sido solicitados en forma expresa por mi persona.

**Atentamente,**

Firma: ..... CI/Pasaporte: .....

No. Teléfono:..... Email: .....

**AUTORIZACION:** Por cuanto me es imposible realizar la solicitud personalmente y recibir la documentación, autorizo en forma expresa y voluntaria bajo mi absoluta responsabilidad a:

Sr./a): .....CI/Pasaporte: .....

Relación con el/la paciente: .....Firma: .....

**PARA USO ADMINISTRATIVO HVQ**

Autorizado <input type="checkbox"/>	Negado	<input type="checkbox"/> En revision	<input type="checkbox"/>
Nombre: .....	Firma: .....		
Fecha: .....	Hora: .....		

**Recibo conforme la documentación solicitada y me responsabilizo de todo su manejo.**

Nombre: ..... Firma: .....

CI/o Pasaporte : ..... Fecha:.....

**NOTA IMPORTANTE:** Adjuntar copias de cédula de identidad del paciente y la persona autorizada a realizar el trámite.