



Formulario de autorización para solicitud y retiro de copia de un expediente

INS-RSS-PSS-HOS-FOR-020 Versión 01

San José, fecha: _____

Estimados señores:

Yo _____, número de identificación _____
solicito copia digital certificada de mi expediente clínico del (o los) régimen (es) _____, fecha (s) de accidente (s)

Autorización a terceros

Solicitud Retiro Nombre del autorizado: _____ N° identificación: _____
*Debe entregar una copia de la cédula del paciente y autorizado

Información de gestión

Correo electrónico (opcional): _____ Teléfono del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Recibido por: _____

Colilla de retiro

Nombre del paciente: _____ N° identificación: _____

Fecha de solicitud: _____ Fecha de retiro: _____

Importante: Traer CD en blanco o dispositivo USB para retiro del expediente digital. Portar documento de identificación.

Todo trámite de copia de expediente clínico tiene una duración de **8 días hábiles** a partir del siguiente día en que se solicita.

Teléfono: 2296 9599, extensión 4792

Horario: Lunes a jueves de 8:00am a 4:00pm, Viernes de 8:00am a 3:00pm