**SOLICITUD DE INFORMACIÓN CLÍNICA**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Reg:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SOLICITUD DE:

**a) Resumen Clínico**

Datos que interesan especialmente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b) Copia de Nota Quirúrgica**

Fecha de Cirugía \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_

 día mes año

Tipo de Cirugía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**c) Estudios**

-Copias de laboratorio

 \_ \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_

-Copias de interpretación de estudios de gabinete día mes año

(Rx, Endoscopía, Biopsias, etc.)

Favor de anotar las interpretaciones requeridas en caso de ser de gabinete:

 Estudios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

 día mes año

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

 día mes año

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

 día mes año

ESTA SOLICITUD SÓLO PUEDE SER FIRMADA POR EL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del/de la Paciente o Responsable legal Identificación oficial

**PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_

 día mes año

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SOLICITUD DE CONSTANCIA / FORMATO DE ASEGURADORA**

**TALÓN PARA EL PACIENTE**

RECIBIÓ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ FECHA DE ENTREGA PROBABLE \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

 día mes año día mes año

ATENCIÓN: ESTA SOLICITUD SERÁ VALORADA Y AUTORIZADA, EN SU CASO, EN BASE EN LOS ELEMENTOS MÉDICOS PRESENTES

EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

ANTES DE PASAR A RECOGERLA, FAVOR DE LLAMAR AL 55-54-87-09-00 EXTS. 5428,5429 Y 5432, DE 07:30 A 16:30HRS, PARA CONFIRMAR

SI YA ESTA LISTO SU DOCUMENTO.

RECUERDE QUE ES INDISPENSABLE MOSTRAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL AL

MOMENTO DE RECOGER EL DOCUMENTO, DE LUNES A VIERNES, DE 7:00 A 16:30 HRS.

EN CASOS EXCEPCIONALES SE PODRÁ ENTREGAR A UN TERCERO, QUE DEBERÁ MOSTRAR AUTORIZACIÓN ESCRITA PO EL / LA PACIENTE,

ACOMPAÑADA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE AMBAS PERSONAS.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

**INFORMACIÓN SOBRE PREPARACIÓN DE RESÚMENES CLÍNICOS**

**El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, proporciona el servicio de elaboración de Resúmenes Clínicos a pacientes que han sido atendidos en la institución con las siguientes normas:**

**1.** Debido al carácter privado de la información contenida en el expediente es indispensable que la solicitud del resumen sea firmada por el/la paciente o su representante legal. Si no se cumple este requisito es imposible proporcionar la información solicitada.

**2.** El resumen no podrá ser entregado si no se acredita debidamente la personalidad del solicitante mediante una identificación oficial vigente. En casos excepcionales se podrá entregar a un tercero que deberá mostrar autorización escrita por el / la paciente acompañada de la identificación de ambas personas.

**3.** El resumen se prepara como un condensado de información que contiene un listado de los diagnósticos establecidos, las intervenciones quirúrgicas practicadas, los problemas pendientes de resolución y las recomendaciones y tratamiento.

**4.** NO se elaborarán resúmenes con calificación de incapacidad laboral u otros trámites laborales.

**5.** El tiempo mínimo de espera entre la recepción de la solicitud y la entrega del resumen es de 15 días hábiles.

**6.** El intervalo entre dos resúmenes clínicos no podrá ser menor de 6 meses, excepto cuando el / la paciente haya sido hospitalizado(a) en el instituto en este intervalo, lo cual podría justificar un nuevo resumen antes de ese tiempo.