

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE
MUNICIPIO DE BELEN DE UMBRIA - RISARALDA**



Fecha solicitud: _____

Doctora
LIDA ZORAIDA OTALVARO BETANCUR
Gerente

Referencia: Solicitud actualización de mi información.

Cordial saludo,

Teniendo en cuenta que de la validez de la información que el hospital tiene de mí, depende la calidad de la atención que puedo recibir; autorizo a la ESE, para que realice la actualización de la información que posee sobre mí y la cual discrimino a continuación:

Número identificación: _____ de: _____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Lugar nacimiento: Municipio: _____ Depto: _____

Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Ses: M _____ F _____

Clasificación: Indígena: _____ Afrocolombiano: _____ Otro: _____

EPS: _____ Régimen: _____ Afiliado: _____ Beneficiario: _____

Dirección de residencia (completa): _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Religión: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Soy alérgic@ a: _____

DATOS DE OTRA PERSONA QUE PUEDE SER RESPONSABLE SUYO:

Identificado(a) número: _____ Parentesco: _____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Dirección de residencia (completa): _____

Teléfono: _____

Notas: _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES REAL.

Atentamente,

Firma solicitante.

E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ

Municipio de Belén de Umbría, Risaralda
Dir: 13 No. 4-135 - PBX: 3528128, 3528770, 3527178, 3527179
WEB – www.hsjbelen.gov.co - E-mail: hsjbelen@gmail.com