E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA-YALÍ	PROCESO: ATENCIÓN AL USUARIO	Código: PAU-F-08
		Versión:
		Fecha: 04/04/2014
		Páginas: 1 de 1

FORMATO DE CONSULTA DE DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

_____ C.C _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en los casos que aplique)

_____ C.C _____

ACREDITAMIENTO LEGAL

A fin de acreditar la facultad legal sírvase anexar a la presente según sea el caso:

1. Copia Cedula de ciudadanía _____
2. Poder debidamente otorgado por el titular _____
3. Registro civil de nacimiento(cuando el titular sea un niño o adolescente) _____
4. Instrumento público que lo acredite como el representante legal o curador (cuando el titular sea un incapaz debidamente declarado ante autoridad competente) _____

SOLICITUD (describir conforme la solicitud deseada) Consultar los datos que poseen o:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

NOMBRE DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

_____

FECHA/ CUIDAD

*El resultado de la solicitud será comunicada al titular en un lapso de 10 días hábiles, a partir de la radicación de la solicitud.