



SOLICITUD PARA ENTREGA DE HISTORIA CLINICA

Fecha de Creación:
05/09/2016Fecha Actualización:
18/08/2021
Versión: 004

TODOS LOS PROCESOS MISIONALES

FECHA DE REGISTRO

UNIDAD DE SERVICIO AL QUE
PERTENECE EL PACIENTE

SEDE:

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y apellidos completos: _____

No de documento de identificación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

ESPECIFIQUE QUE PARTE NECESITA DE LA HISTORIA:**INDIQUE LOS MOTIVOS DE SU SOLICITUD**Autoriza el envío de la historia clínica en medios digitales según la **LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012** de protección de datos personales.SI NO

Indique el número de WhatsApp o el correo electrónico: _____

Firma del solicitante: _____

No. Documento de identidad: _____

REQUISITOS PARA ENTREGA DE HISTORIA CLINICA

A. Solicitud directamente por el Paciente	B. Cuando el paciente es menor de edad o con discapacidad	C. Paciente Fallecido	D. Cuando la solicitud es realizada por un familiar o tercero autorizado por el paciente
1. Copia del documento de identificación del paciente	1. Copia del documento de identificación del padre y/o representante legal	1. Copia del documento de identificación del paciente fallecido	1. Copia del documento de identificación original de la persona autorizada
2. Formato de solicitud de Historia Clínica donde especifique qué parte de la historia clínica necesita y finalidad.	2. Documento de identidad del menor o del discapacitado	2. La documentación actualizada que demuestre la relación de parentesco con el paciente fallecido (copia registro civil de nacimiento, matrimonio)	2. Copia del documento de identidad del paciente
	3. Copia del documento que lo acredite como padre, madre o representante legal (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal)	3. Certificado de defunción. (NO aplica a pacientes fallecidos en la institución)	3. Formato de autorización a terceros que especifique la parte de la historia clínica necesita y su finalidad
	4. Formato de solicitud de Historia Clínica donde especifique qué parte de la historia clínica necesita y finalidad.	4. Formato de solicitud de Historia Clínica donde especifique qué parte de la historia clínica necesita y finalidad.	

Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal"

Nombre de la persona responsable de la entrega: _____

Cargo del funcionario: _____

No. De documento de identidad: _____

Firma de la persona autorizada de la entrega de la HC _____