

SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

La normatividad colombiana es cautelosa en la protección y confidencialidad de la historia clínica. El artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 0839 de 2017 señala que la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley, por lo que le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación.

Nombre del Paciente: _____

Documento de Identidad del Paciente: RC TI CC CE Permiso Especial

No de Documento: _____ **Expedido en:** _____

Si usted es el paciente debe adjuntar:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Copia de su documento de identidad. 2. Este formato diligenciado completamente y firmado |
|--|

Si usted es familiar o tercero autorizado de un paciente mayor de edad debe adjuntar:

- | |
|---|
| 1. Copia de su documento de identidad |
| 2. Copia del documento de identidad del paciente. |
| 3. Autorización firmada por el paciente autenticado donde autoriza al familiar o tercero para solicitar y acceder a su Historia clínica |
| 4. Este formato diligenciado completamente y firmado. |

Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe adjuntar:

- | |
|---|
| 1. Copia de su documento de identidad. |
| 2. Copia del documento de identidad del paciente menor de edad: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Para menor entre 0 y 6 años Registro Civil como documento de identidad 2.2 Para menor entre 7 y 17 años Tarjeta de Identidad como documento de identidad |
| 3. Copia de la documentación que lo acredite como representante legal del menor <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Registro Civil de Nacimiento del menor para acreditar parentesco como Padre o Madre. 3.2 Resolución Judicial o de Autoridad de Familia competente que lo acredite como Representante Legal del Menor |
| 4. Este formato diligenciado completamente y firmado. |

Si usted es familiar de un paciente en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe adjuntar:

- | |
|---|
| 1. Copia de su documento de identidad. |
| 2. Copia del documento de identidad del paciente. |
| 3. Para acreditar parentesco <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Como Padre o Madre del Paciente Copia del Registro Civil de Nacimiento del Paciente. 3.2 Como Hijo o Hija Copia del Registro Civil de Nacimiento del Hijo o Hija del Paciente 3.3 Como Cónyuge Copia del Registro Civil de Matrimonio con el Paciente 3.4 Como Compañero o Compañera Permanente Copia de la Declaración Extra juicio. |
| 4. Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud física o mental del paciente |
| 5. Una carta de solicitud firmada por usted donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la Información solo para la finalidad referida, conservado su confidencialidad y reserva. |

Si usted es familiar de un paciente fallecido debe adjuntar:

1. Copia de su documento de identidad
2. Copia del Registro Civil de Defunción del paciente.
3. Para acreditar parentesco: 3.1 Como Padre o Madre del Paciente Copia del Registro Civil de Nacimiento del Paciente. 3.2 Como Hijo o Hija Copia del Registro Civil de Nacimiento del Hijo o Hija del Paciente 3.3 Como Cónyuge Copia del Registro Civil de Matrimonio con el Paciente 3.4 Como Compañero o Compañera Permanente Copia de la Declaración Extra juicio
4. Una carta de solicitud firmada por usted donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la Información solo para la finalidad referida, conservado su confidencialidad y reserva.

Para fines de: _____

Los documentos mencionados deben ser adjuntados a esta solicitud entregados al Departamento de Archivo de Historia clínicas ubicado en la calle 5ª 71c 26 valor de la impresión \$ 200 y en formato CD \$ 6000

Nombre del Solicitante: _____

Calidad del Solicitante: Titular o Paciente Tercero Autorizado

Familiar Parentesco: _____

Documento de Identidad del Solicitante: TI CC CE Permiso Especial

No de Documento: _____ **Expedido en:** _____

Firma del Solicitante: _____ **Fecha de Solicitud:**

Día	Mes	Año