



FAVOR DILIGENCIAR DE MANERA CLARA Y COMPLETA, SI PRESENTA ALGUNA DUDA PARA SU DILIGENCIAMIENTO SOLICITE EXPLICACION AL COLABORADOR QUE LE HIZO LA ENTREGA DEL FORMATO.

Fecha de Solicitud: _____ / _____ / _____
Dia Mes Año

No. HISTORIA CLINICA: _____

Correo Electrónico Personal: _____

Número de Contacto: _____

1. SOLICITUD DEL PACIENTE DE HISTORIA CLINICA

Yo _____, identificado con Cédula de ciudadanía No. _____ de _____ solicito copia de mi historia clínica, la cual es requerida para _____

Fecha aproximada de atención _____

Firma del Solicitante _____

NOTA: para obtener copia de la Historia clínica debe aportar:

* Formato solicitud de Historia clínica, debidamente diligenciado y firmado.

* Copia del documento de identificación.

2. AUTORIZACIÓN DE PACIENTE A PARTICULARES PARA SOLICITAR COPIA DE HISTORIA CLINICA

Yo _____, identificado con Cédula de ciudadanía No. _____ de _____ voluntariamente en pleno uso de mis facultades, **AUTORIZO** a _____, identificado con Cédula de ciudadanía No. _____ para solicitar copia de la historia clínica, la cual es requerida para _____

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva.

Fecha aproximada de atención _____

Firma del Paciente _____

Firma del Autorizado _____

NOTA: para obtener copia de la Historia clínica debe aportar:

* Formato solicitud de historias clínicas, debidamente diligenciado y firmado por el titular de la historia clínica y el autorizado.

* Poder especial del solicitante debidamente autenticado en Notaria, lo anterior al disponer del derecho a la reserva del mismo o autenticación ante Notaria del formato de solicitud de historia clínica.

* Copia del documento de identidad del titular de la Historia clínica.

* Copia del documento de identidad de la persona autorizada.

3. SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS POR TERCEROS

MARQUE CON UNA X SI EL PACIENTE:

1. Con Discapacidad 3. Fallecido
2. Menor de Edad 4. Hospitalizado

Yo _____, identificado con Cedula de ciudadanía No. _____ de _____ en calidad de _____ (padre, madre, hijo (a), hermano (a), conyugue, compañero permanente o tutor legal del paciente _____, identificado con No. de identificación _____, solicito copia de la historia clínica, con el fin de _____

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva.

Fecha aproximada de atención _____

Firma del Solicitante _____

NOTA: Para obtener copia de la Historia clínica debe aportar:

* Formato solicitud de Historia clínica, debidamente diligenciado y firmado por el solicitante.

* Documento idóneo con el que demuestre el parentesco (Registro civil de nacimiento, Registro civil de matrimonio; Declaración de extrajucio si conviven en unión libre o documento que lo acredite como tutor legal), con el fin de acreditar la relacion de parentesco con el titular de la historia clínica.

* Copia del Documento de identidad del Paciente.

* Copia de la Cédula de Ciudadanía del solicitante.

* Registro de Defunción (Paciente fallecido).

* Copia de certificado médico que evidencie el estado de salud física o mental del paciente (pacientes en estado de inconciencia o con incapacidad mental o física para realizar trámites o autorizar a un tercero).

Ley 23 de 1981 (art 34)

Resolucion 1995 de 1999 (Art 1) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.