

## DOCUMENTOS PARA LA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

"La Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley". Ley 23 de 1981. Una vez conocido lo anterior y en forma consciente autorizo a la IPS Care & Health S.A.S, para que entregue copia de la historia clínica.

### **MARQUE CON UNA X EN LA CASILLA SEGÚN SEA EL SOLICITANTE**

#### **SI ES PACIENTE:**

- Fotocopia del documento de identidad.
- Por perdida del documento se debe traer o enviar copia del denuncia.
- Diligenciamiento del Formato GI-FO-016 Solicitud de copia de historia clínica.

#### **SI ES FAMILIAR O TERCERO AUTORIZADO POR EL PACIENTE DEBE PRESENTAR:**

- Carta de autorización firmada por el paciente indicando la fecha de la atención.
- Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio según el caso, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el paciente.
- Fotocopia de documento de identidad del paciente.
- Fotocopia de documento de identidad del solicitante.
- Diligenciamiento del Formato GI-FO-016 Solicitud de copia de historia clínica.

#### **SI ES UN TERCERO (ENTES DE JUSTICIA Y DE PROTECCIÓN: ICBF, MEDICINA LEGAL, POLICIA JUDICIAL, COMISARIA DE FAMILIA).**

- Oficio de la entidad solicitante.
- Copia del documento de identidad del paciente.
- Copia de documento de identidad de la persona autorizada (cuando aplique).
- Diligenciamiento del Formato GI-FO-016 Solicitud de copia de historia clínica.

#### **SI ES EL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD:**

- Copia del Registro Civil o Declaración extra juicio que lo acredite como representante legal.
- Fotocopia del documento de identificación del menor.
- Fotocopia de documento de identidad del solicitante.
- Diligenciamiento del Formato GI-FO-016 Solicitud de copia de historia clínica.

#### **SI ESTÁ AUTORIZADO POR LOS PADRES O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:**

- Carta de autorización a tercero firmada por los padres o representante legal explicando el motivo por el cual requiere la Historia Clínica.
- Fotocopia del documento de identificación del menor.
- Fotocopia de documento de identidad de los padres o representante legal.
- Fotocopia de documento de identidad del solicitante.
- Fotocopia del Registro Civil o Declaración extra juicio.
- Diligenciamiento del Formato GI-FO-016 Solicitud de copia de historia clínica.

#### **SI ES FAMILIAR DE UN PACIENTE EN ESTADO DE (INCONSCIENCIA, CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL O FÍSICA Y/O ADULTO MAYOR), DEBE PRESENTAR (SOLO SE ENTREGA A FAMILIARES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD):**

- Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Fotocopia de documento de identidad del paciente.
- Fotocopia de documento de identidad del solicitante.
- Diligenciamiento del Formato GI-FO-016 Solicitud de copia de historia clínica.

#### **SI ES FAMILIAR DE UN PACIENTE FALLECIDO (SOLO SE ENTREGA A FAMILIARES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD):**

- Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio según el caso, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el paciente.
- Fotocopia de documento de identidad del fallecido.
- Fotocopia de documento de identidad del solicitante.
- Diligenciamiento del Formato GI-FO-016 Solicitud de copia de historia clínica.

*He leído y acepto los términos y condiciones para la correcta Solicitud y Entrega de la Historia Clínica.*

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**  
c.c.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Nombre del Autorizado**

La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de menor de edad o de una persona con incapacidad, esta se entrega al responsable, representante legal del paciente o autoridades judiciales previstas en la ley. (Resolución 1995 de 1999).

**DATOS DEL PACIENTE**

FECHA DE LA SOLICITUD

FECHA DE LA ATENCIÓN (Desde - Hasta)

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) COMPLETOS

NÚMERO DEL DOCUMENTO

CORREO ELECTRONICO

TELEFONO (S) DEL CONTACTO

**DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR O TERCERO)**

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) COMPLETOS

NÚMERO DEL DOCUMENTO

PARENTESCO CON EL PACIENTE O ENTIDAD SOLICITANTE

TELEFONO (S) DEL CONTACTO

**MOTIVO DE LA SOLICITUD**

Marque con una **X** el motivo de solicitud.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PARA VALIDAR INCAPACIDAD FRENTE A LA EMPRESA | <input type="checkbox"/> POR SOLICITUD ARL O EPS     | <input type="checkbox"/> REQUERIMIENTOS LEGALES   |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD PERSONAL DEL USUARIO               | <input type="checkbox"/> VALORACION MEDICO LEGAL     | <input type="checkbox"/> POR SOLICITUD DE PROFESIONAL MEDICO PARA ESTABLECER ENFERMEDAD PROFESIONAL |
| <input type="checkbox"/> PARA VALORACION MEDICA PARTICULAR            | <input type="checkbox"/> POR MOTIVO DE FALLECIMIENTO | <input type="checkbox"/> PARA GESTIONAR LA PENSIÓN  |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE EPS                                | <input type="checkbox"/> COMISARIA DE FAMILIA        | <input type="checkbox"/> POR SOLICITUD DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA                                     |

**AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE HISTORIA CLINICA**

Autorizo la entrega o envío de la historia clínica por el medio seleccionado:

Marque con una **X** el medio de entrega o envío autorizado.

<b>A través de Correo electrónico:</b>		<b>Correo Electrónico del Hospital</b>	<a href="mailto:historiasclincashnst@gmail.com">historiasclincashnst@gmail.com</a>
<b>En CD:</b>		El peticionario se acercará al hospital de lunes a viernes de 2:00 pm a 4:00 pm - con el CD.	
<b>En físico:</b>		El peticionario se acercará al hospital de lunes a viernes de 2:00 pm a 4:00 pm	

**O escanea el código QR para descargar el formato** →



**Firma del Paciente**

Nombre:

No. de Documento

Firma del paciente

**Firma Autorizado**

Nombre:

No. de Documento