

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 GD-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 GD-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 GD-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 GD-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 GD-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 GD-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 GD-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 SOLICITUD HISTORIA CLINICA

FECHA DE LA ATENCIÓN MEDICA (Desde - Hasta)

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) COMPLETOS

R.C T.I C.E C.C P.E P.T.P P.T

NÚMERO DEL DOCUMENTO

CORREO ELECTRONICO

TELÉFONO (S) DEL CONTACTO

DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR O TERCERO)

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) COMPLETOS

R.C T.I C.E C.C P.E P.T.P P.T

NÚMERO DEL DOCUMENTO

PARENTESCO CON EL PACIENTE O ENTIDAD SOLICITANTE

TELÉFONO (S) DEL CONTACTO

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Indique el motivo por el cual solicita la historia clínica. (respuesta obligatoria)

ENTREGA DE HISTORIA CLINICA POR CORREO ELECTRONICO

Autorizo la entrega de la historia clínica por medio de correo electrónico. (Marque con una X)

☐**A través de Correo electrónico:**

historiasclinicashnst@gmail.com

Datos del Paciente

Nombre:

No. de
Documento

Firma del paciente

Datos del Autorizado

Nombre:

No. de
Documento