

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)

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

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) COMPLETOS

NÚMERO DEL DOCUMENTO

CORREO ELECTRONICO

TELÉFONO (S) DEL CONTACTO

DATOS DEL FAMILIAR O TERCERO AUTORIZADO

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

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) COMPLETOS

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)****MEDIOS DE ENTREGA DE LA HISTORIA CLINICA**

Autorizo la entrega física de mi historia clínica. Costo: \$2.000 hasta 20 folios; si excede esta cantidad, el valor aumenta. Entrega de lunes a viernes, de 2:00 p.m. a 4:00 p.m. (MARQUE CON UNA X) ☐

Autorizo la entrega de mi historia clínica por correo electrónico. Entiendo que el tiempo de entrega es de 10 a 15 días hábiles, contados a partir de la recepción de los documentos correctamente diligenciados. (MARQUE CON UNA X) historiasclinchashnst@gmail.com ☐

O ESCANEA EL CODIGO QR PARA DESCARGAR EL FORMATO**Datos del Paciente**

Nombre:

No. de Documento

Datos del Familiar o Tercero Autorizado

Nombre:

No. de Documento