

	<b>SOLICITUD COPIA HISTORIA CLÍNICA</b> <b>COPIA NO CONTROLADA</b>	FORMATO
		CODIGO:CM-02-01-05-FR08

FECHA DE SOLICITUD: DD MM AAAA

1. Yo \_\_\_\_\_
2. Numero Identificación: \_\_\_\_\_
3. solicito copia de historia clínica con N° \_\_\_\_\_
4. Fecha de atención \_\_\_\_\_
5. Médico que lo atendió \_\_\_\_\_
6. Teléfonos contacto \_\_\_\_\_
7. Motivo de solicitud de la Historia Clinica: \_\_\_\_\_
8. Soporte de la historia clínica que requiere. \_\_\_\_\_

9. Autorizo entregar copia de la historia clínica a un tercero

**Diligenciar únicamente en casos que aplique y adjuntar carta y fotocopia del documento de identidad del usuario y del autorizado.**

Autorizo a \_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Reclame la copia física a los 5 días hábiles de diligenciada esta solicitud. De no ser reclamada en el mes siguiente será destruida.

*“La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregada al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona discapacitada se entregará al responsable o representante legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).”*

#### 10. Autorización envió por e-mail

Autorizo el envío de la copia de la historia clínica, al correo electrónico: \_\_\_\_\_

Acepto la normatividad vigente, y garantizo la custodia de la historia clínica enviada por este medio.

#### 11. Negación

Le informamos que la historia clínica solicitada no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes.

No la solicita el titular \_\_\_\_\_

No la solicita el responsable del menor de edad \_\_\_\_\_

No presenta autorización del titular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**\*Se tomará huella en caso de no poder firmar.**

Aprobado	Revisado	Elaborado	Actualización	Sept de 2018
		Comité de calidad	Versión	No. 002
			Páginas	1 de 1