



## SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO: PS-FO-026

VERSIÓN: 004

VIGENCIA: 2017-06-09

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

### 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	
Calidad	Paciente _____ Familiar _____ Apoderado _____ Parentesco _____
Documento de identificación	CC ___ CE ___ PASAPORTE ___ N° _____ Expedido en: _____
Motivo de la solicitud	Transcribir incapacidad _____ Otro _____ (especifique) _____
Dirección	
Teléfono	Fijo: _____ Celular: _____
Correo electrónico	

### 2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	
Tipo de Documento	RC ___ TI ___ CC ___ CE ___ PASAPORTE ___ N° _____ Expedido en: _____
Fecha de la atención	Si requiere más de una Historia Clínica, favor indicar las fechas de atención de las historias requeridas: _____ dd _____ mm _____ aaaa _____
Nombre del médico	

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Documento de identificación No. \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Documento de Identificación No. \_\_\_\_\_

*“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 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” Resolución 1995 de 1999.*

Teniendo en cuenta lo anterior, para dar trámite a la solicitud se requiere anexar la siguiente documentación según el caso:

**Solicitud directa del paciente:** Copia de documento de identidad del paciente.**Solicitud por terceros (familiar o apoderado):** Copia del documento de identificación del autorizado y copia del documento de identificación del paciente.**Solicitud para Menores de edad:** Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento del menor, registro civil donde conste el parentesco o documento legal que lo acredite como representante legal del menor de edad.**Paciente Fallecido:** Copia del documento de identificación del solicitante, copia del certificado de defunción del fallecido y registro civil de matrimonio o declaración extra juicio, donde conste el parentesco.**Paciente inconsciente:** Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento de identificación del paciente y registro civil de matrimonio o declaración extra juicio, donde conste el parentesco.