



SOLICITUD Y ENTREGA COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO: PS-FO-026

VERSIÓN: 009

VIGENCIA: 2021-03-20

Ciudad: _____ Fecha de solicitud: día ____ mes ____ año ____

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	_____	Firma	_____
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	_____	Firma	_____
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	_____		

3. INFORMACIÓN GENERAL - PÓLIZAS

_____ (Nombre de la persona que autoriza) identificado (a) con documento _____ (Pasaporte, C.C, CE) número _____ de _____ en calidad de _____ (titular, apoderado, representante legal, familiar de paciente fallecido o en imposibilidad neurológica, tutor, curador) autorizo expresamente a EMERMÉDICA S.A, identificada con NIT 800.126.785-7 para que pueda disponer directamente o en relación con terceros de los registros de la Historia Clínica de _____ (Nombre del afiliado) identificado (a) con documento _____ (Pasaporte, C.C, CE) número _____ de _____

"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 mayor de edad:

- Copia del documento de identidad del paciente.

Tercero que solicita la historia clínica:

- Documento de identificación del solicitante/autorizado.
- Copia del documento de identificación del paciente.
- Carta de autorización escrita, firmada por el paciente y por el solicitante como persona autorizada.

Padre y madre o representante legal de un paciente menor de edad:

- Copia del documento del padre y madre o representante legal.
- Copia del documento de identidad del menor.
- Copia de la documentación que los acredite como representantes legales y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento).
- Una carta de solicitud firmada por los dos padres o representante legal como aparece en el documento de identidad, donde exprese las razones de la solicitud y especifique quién la va a reclamar.

Nota: En caso de autorización a un tercero, se deben seguir las instrucciones indicadas en “**Tercero que solicita la historia clínica**”.

Solicitud copia de la Historia Clínica de un paciente fallecido:

La podrá solicitar un Familiar en primer grado de consanguinidad y/o afinidad del paciente fallecido:

- Documento de identificación original y copia del familiar/solicitante.
- 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.
- Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido.
- Carta de solicitud firmada por el familiar solicitante, en la que exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información sólo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.

Familiar en primer grado de consanguinidad y/o afinidad de un paciente mayor de edad en estado de incapacidad (persona inconsciente o con incapacidad mental o física para autorizar a un tercero)

- Documento de identificación original y copia del familiar/solicitante.
- Copia del documento de identificación 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.
- Copia del certificado médico que evidencie la incapacidad físico o mental del paciente para otorgar una autorización.
- Carta de solicitud firmada por el familiar solicitante, en la que exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.

**4. INFORMACIÓN DE ENTREGA DE HISTORIA CLINICA
(Sólo diligenciar en caso de ser solicitud presencial)**

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, acepto bajo gravedad de juramento haber recibido mi historia clínica o la del señor(a) _____, siendo el único autorizado a recibirla, liberando a EMERMÉDICA S.A, de toda responsabilidad sobre el cuidado y la seguridad de la información del mencionado documento de conformidad a lo consagrado en los artículos 1 y 13 de la Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

Firma (Quien recibe la historia clínica) _____

Teléfono de contacto: _____

Firma (Quien entrega la historia clínica): _____

Nombres y Apellidos: _____

Cargo: _____

Fecha: _____ Folios: _____

Se anexa a este documento fotocopia del documento de identificación de quien recibe la HC.