

**SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA**

CÓDIGO: PS-FO-026

VERSIÓN: 006

VIGENCIA: 2019-07-01

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	

**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 839 de 2017.*

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

**1) Solicitud directa del paciente mayor de edad:**

- Copia del documento de identidad del paciente.

**2) 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.

**3) 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.

En caso de autorización a un tercero, se deben seguir las instrucciones indicadas anteriormente.

**4) 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.

**5) 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.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Documento de identificación No. \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación No. \_\_\_\_\_