

	FORMATO SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA	Proceso: Gestión de Acceso Código: FT-GDA-164
--	---	--

Si usted es el paciente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Formato de solicitud de historia clínica.

Si usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del autorizado.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del paciente.
- Formato de solicitud de historia clínica.
- Carta formal **notariada** especificando **(1)** Autorización de entrega de historia clínica a familiar o tercero. **(2)** Motivo de la solicitud de la historia clínica y **(3)** Firma de persona solicitante (paciente) y persona autorizada.

Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar o representante legal solicitante.
- Fotocopia del documento de identidad del menor de edad.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento donde conste el parentesco como Padre/Madre o Declaración extra-juicio (según el caso) que lo acredite como representante legal (ej: madre sustituta) del menor.
- Formato de solicitud de historia clínica.
- Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

Si usted es un familiar de un paciente fallecido, debe anexar:

- Se podrá solicitar por medio de Derecho de petición (especificando motivo de la solicitud y parentesco), Superintendencia Nacional de Salud, juzgados, fiscalías y por aseguradoras adjuntando copia de póliza donde se certifique el derecho que tiene la aseguradora a ver la historia clínica.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar solicitante.
- Copia del Certificado de Defunción.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento, Matrimonio o Declaración de Extra-juicio (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Formato de solicitud de historia clínica.

Si usted es un familiar de un paciente en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental o física), debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del solicitante
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del paciente.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento, Matrimonio o Declaración de Extra-juicio (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 el estado de salud físico o mental del paciente.
- Si el solicitante no puede contar con el certificado médico, debe anexar Declaración de Extra-juicio manifestando dicha imposibilidad y especificando cual es la incapacidad del titular de la historia clínica.
- Formato de solicitud de historia clínica.
- Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

Si la historia es solicitada por Autoridades Judiciales, de Salud u otras Entidades, se tienen las siguientes opciones:

- Carta formal realizando la solicitud de historia clínica, especificando el motivo de solicitud,

	FORMATO SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA	Proceso: Gestión de Acceso
		Código: FT-GDA-164

debe ser enviada mediante correo institucional dirigido al siguiente correo electrónico:
enlaces.mental@redesmedicasips.com

- Se confirma el tiempo de respuesta es de 15 días hábiles para la entrega de la historia clínica.



FORMATO SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

Proceso: Gestión de Acceso

Código: FT-GDA-164

Fecha de solicitud: DD/MM/AAAA

Datos del solicitante

Nombre Completo:

Tipo de documento: CC ____ CE ____ PP ____

N.º Documento:

Parentesco:

Datos del Paciente

Nombre Completo:

Tipo de documento: CC ____ CE ____ PP ____ TI ____

N.º Documento:

EPS:

Fecha de atención: DD/MM/AAAA

Motivo de solicitud de copia de historia clínica:

Manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por la institución, no la haré pública la información entregada, se manejara con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva de esta.

Manifiesto utilizar la copia de la historia clínica solo para los motivos expuestos anteriormente.

Exonero a la institución de toda responsabilidad por el manejo que se le dé a la información suministrada

Firma persona que solicita la copia de historia clínica

No Documento: _____ Teléfono: _____ Correo: _____

Para el envío de la historia clínica solicitada requiere:

Entrega presencial

☐

Entrega virtual

☐

Es pertinente aclarar que el correo electrónico que diligencie para el envío deberá corresponder al actualizado en nuestro sistema de información y al de la EPS

Así mismo cuando usted seleccione la entrega de la historia clínica de forma presencial deberá aportar un CD en blanco para guardar allí los datos su historia clínica

Nota: El envío y/o entrega de la historia clínica se realizará en 15 días hábiles **una** vez se radique la solicitud

N.º de Folios entregados:

Firma y cargo de la persona que entrega copia de
la Historia Clínica

Firma y cargo de la persona que recibe copia de
la Historia Clínica

Fecha de entrega: DD/MM/AAAA

Fecha de entrega: DD/MM/AAAA