



FECHA DE SOLICITUD

D

M

A

HORA

SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

TIPO DE IDENTIFICACION

R.C

T.I

C.C

OTRO

NUMERO:

TELEFONO:

DATOS DE QUIEN SOLICITA

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

TIPO DE IDENTIFICACION

R.C

T.I

C.C

OTRO

NUMERO:

TELEFONO:

PARENTESCO:

(si es familiar o tercero)

E-MAIL:

HISTORIA(S) CLINICA(S) SOLICITADA(S):

MOTIVO DE SOLICITUD:

DATOS DE QUIEN AUTORIZA

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

TIPO DE IDENTIFICACION

R.C

T.I

C.C

OTRO

NUMERO:

TELEFONO:

PARENTESCO

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA_____
FIRMA DE QUIEN SOLICITA

SI EL PACIENTE HA FALLECIDO DEBE ANEXAR: 1- copia del documento de identidad del solicitante, 2- copia del registro civil: con parentesco, matrimonio, unión marital o certificado legal que lo identifique como representante legal, según el caso, para aclarar el parentesco. 3- copia del certificado de defunción.

*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 los 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. **RESOLUCION 1995 DE 1999.**

*autorizo que la historia clínica se envíe al correo electrónico mencionado por el solicitante y me responsabilizo por la custodia y confidencialidad de la historia clínica.