



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

PARA UN TERCERO CON PACIENTE MENOR DE EDAD DEBE ANEXAR: 1-copia del documento de identidad del paciente, 2- copia del documento legal que lo identifique como padre, madre o representante legal del menor, 3- copia del documento de identidad del autorizado, 4-carta de autorización firmada por el padre o la madre o representante legal del menor y la persona autorizada.

*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.