



FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

PROCESO: CONSULTA MEDICA

CÓDIGO: FO-CME-26

VERSIÓN: 1

FECHA: 27/05/2022

PÁGINAS: 1 DE 1

DATOS GENERALES DEL USUARIO

FECHA SOLICITUD

"La historia Clinica es un documento privado, sometido a reserva que unicamente puede ser conocido por terceros, previa autorizacion del paciente o en los casos previstos por la Ley". (Resolucion 1995 de 1999)

Yo _____ con documento de identidad _____ una vez conocido lo anterior y en forma voluntaria solicito a usted muy amablemente me sea entregada copia de:

Historia Clinica: _____

Fecha de atencion: _____

Historia de atencion del dia: _____

Toda la Historia Clinica: _____

Solo historia clinica de especialidad: _____

Reporte: Laboratorio clinico: _____ Ecografia: _____ Citologia: _____ Endoscopia: _____

Otro: _____

Anexo: Copia de documento de identidad

Nota: en caso de impedimento del usuaria para firmar, se debe plasmar la huella.

PARA EL CASO DE AUTORIZACION DE ENTREGA DE LA HISTORIA CLINICA A TERCERA PERSONA

Parentesco _____

Nombre y apellidos _____

Documento de identidad _____

Telefono: _____

Direccion: _____

No se entregara la Historia Clinica, si no se cumple con los requisitos

Copia de documento de identidad del usuario

copia del documento de identidad de la persona autorizada

Firma y/o huella de las persona que intervienen es este formato

Para menores de edad debe adjuntar registro civil de nacimiento, documento identidad de los padres o representante legal del menor.

Para personas en situacion de discapacidad: certificado judicial que reporta quien es el tutor, curador o representante.

AUTORIZACION

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO

NOMBRE Y FIRMA PERSONA AUTORIZADA