	FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARCIAL O TOTAL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN ESTADO DE INCAPACIDAD O ES DECLARADO INTERDICTO	Código: GU-GEN-FO-8
		Versión: 1
		Fecha: Septiembre 27 de 2022

Ciudad: _____

Fecha:

DD	MM	AAAA
----	----	------

AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA DE UN PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN ESTADO DE INCAPACIDAD O ES DECLARADO INTERDICTO.

Yo _____, identificado (a) con documento de identidad Nº _____, de _____, en calidad de representante del paciente _____, identificado con documento de identidad Nº _____ de _____, tal como se evidencia en los documentos soportes y/o sentencia de interdicción (cuando aplique), me permito solicitar y reclamar la historia clínica completa __ o parcial __ del día _____, donde el paciente fue atendido(a) por el profesional _____ en _____.

Esta historia la requiero con el fin de:

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del Representante _____

Documento Identidad Nº: _____



Huella digital


Manifiesto mi compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.

“La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregada al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona discapacitada se entregará al responsable o representante legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley.” (Resolución 1995 de 1999)”.

AUTORIZACIÓN ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA POR E-MAIL (campo obligatorio)

Autorizo sean enviados los soportes de historia clínica enunciados con anterioridad al correo electrónico:

“Acepto la normatividad vigente, y garantizo la custodia de la historia clínica enviada por este medio”

	FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARCIAL O TOTAL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN ESTADO DE INCAPACIDAD O ES DECLARADO INTERDICTO	Código: GU-GEN-FO-8
		Versión: 1
		Fecha: Septiembre 27 de 2022

REQUISITOS:

1. Certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
2. Registro civil de nacimiento, donde se evidencie el parentesco para hijos o padres o el registro civil de matrimonio o la declaración que acredite que es compañero (a) permanente o documento que lo acredite como representante legal del menor.
3. Cédula de ciudadanía del paciente y de los padres o de los hijos o del cónyuge, en caso de ser un menor de edad mayor de 7 años tarjeta de identidad, o menor de 7 años registro civil de nacimiento
4. En caso de interdicción, la sentencia de interdicción y copia de la cédula del curador
5. Formato de solicitud de la historia clínica