	<b>FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARCIAL O TOTAL AUTORIZACIÓN A UN TERCERO</b>	Código: GU-GEN-FO-6
		Versión: 1
		Fecha: Septiembre 27 de 2022

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha:

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

### AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA A UN TERCERO.

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_ identificado con Documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ para que solicite y reclame mi historia clínica completa \_\_\_ o parcial \_\_\_ del día \_\_\_\_\_, donde fui atendido(a) por el profesional \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.

Esta historia la requiero con el fin de:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Documento Identidad N°: \_\_\_\_\_



Firma del Autorizado: \_\_\_\_\_

Documento Identidad N°: \_\_\_\_\_


**Huella digital del paciente**

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 DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE MENOR DE EDAD

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con Documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en calidad de padre o madre solicito la historia clínica

	<b>FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARCIAL O TOTAL AUTORIZACIÓN A UN TERCERO</b>	Código: GU-GEN-FO-6
		Versión: 1
		Fecha: Septiembre 27 de 2022

de mi hijo(a) \_\_\_\_\_ identificado (a) con Documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, solicito historia clínica completa \_\_\_ o parcial \_\_\_ del día \_\_\_\_\_, donde fue atendido(a) por el profesional \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.

Firma de acudiente \_\_\_\_\_

Documento Identidad N°: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA POR E-MAIL.**

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”

\_\_\_\_\_

### **REQUISITOS:**

1. Formato de Solicitud
2. Copia Cédula de ciudadanía del paciente y de la persona autorizada
3. Soporte que acredite el parentesco (registro civil si es hijo o padre, registro de matrimonio si es el cónyuge, registro civil si es hermano).

### **\* SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD:**

- Tarjeta de identidad si es mayor de 7 años, o registro civil de nacimiento si es menor de 7 años
- Registro civil de nacimiento, donde se establezca el parentesco o documento que lo acredite como representante legal del menor.
- Cédula de ciudadanía de los padres o representante legal.
- Formato de solicitud de la historia clínica.

*\*En caso de que el tercero no sea familiar deberá presentar autorización expresa o poder donde haya manifestación de la voluntad del paciente y/o usuario, para que determinada persona pueda tener acceso a la misma*