 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS - USUARIOS		
	PROCESO: Calidad y mejora continua	CÓDIGO	CA_FTO_08
		VERSIÓN	00
	VIGENCIA	22/07/2022	

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO			
1. NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	YO,					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	C.C.	C.E.	OTRO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
FECHA DE INGRESO	DÍA	MES	AÑO	COPIA SOLICITADA Señale (X) si la requiere completa o parcial.	COMPLETA	PARCIAL
TELÉFONO DE CONTACTO	CELULAR		FIJO			
CORREO ELECTRONICO AUTORIZADO PARA ENVIO DE LA INFORMACION	Acepto la normatividad vigente y garantizo la custodia de la historia clínica enviada por este medio.					
FECHA DE ENTREGA				NÚMERO DE FOLIOS		

2. AUTORIZO ENTREGAR COPIA DE LA HISTORIA CLINICA A UN TERCERO

Diligenciar únicamente en casos que aplique y adjuntar fotocopia del documento de identidad del paciente y del autorizado.

Autorizado _____ Identificado con ____ No. _____

Parentesco: _____

Firma Autorizado _____

- Se tomará huella en caso de no poder firmar.

“ Nota: Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1), “la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley”. (Art. 14) ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1) El usuario. 2) El Equipo de Salud. 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley. 4) Las demás personas determinadas en la ley. PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal”. NO PODRA SER PUBLICA sentencia T-338-2009


FIRMA: _____

No. IDENTIFICACION: _____

HUELLA
Índice derecho

* Anexar copia del documento de identidad.

* En caso de requerir copia de Historias Clínicas de otras empresas remitentes, por favor diligenciar este formato por cada una de ellas.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS - USUARIOS		
	PROCESO: Calidad y mejora continua	CÓDIGO	CA_FTO_08
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	22/07/2022

1. Si usted es el paciente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía. - Formato de solicitud de historia clínica.

2. Si usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del autorizado. - Fotocopia de la cédula de ciudadanía del paciente. - Formato de solicitud de historia clínica

Autorización de entrega de historia clínica a familiar o tercero.

Motivo de la solicitud de la historia clínica

Firma de persona solicitante (paciente) y persona autorizada.

3. Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar o representante legal solicitante.

- Fotocopia del documento de identidad del menor de edad.

- Formato de solicitud de historia clínica.

- Declaración extrajuicio certificando custodia de menor de edad en caso de no ser progenitor.

- Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

4. Si usted es un familiar de un paciente fallecido, debe anexar:

- Se podrá solicitar por medio de Derecho de petición (especificando motivo de la solicitud y parentesco), Superintendencia Nacional de Salud, juzgados, fiscalías y por aseguradoras adjuntando copia de póliza donde se certifique el derecho que tiene la aseguradora a ver la historia clínica.

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar solicitante.

- Fotocopia de primer respondiente de policía o fiscalía.

- Formato de solicitud de historia clínica.

5. Si usted es un familiar de un paciente en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental o física), debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del solicitante

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del paciente

- Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.

- Si el solicitante no puede contar con el certificado médico, debe anexar Declaración de Extrajuicio manifestando dicha imposibilidad y especificando cual es la incapacidad del titular de la historia clínica.

- Declaración extrajuicio certificando representación legal del paciente en estado de incapacidad.

- Formato de solicitud de historia clínica.

- Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

6. Si usted es un familiar de un paciente que está hospitalizado, debe:

- Acercarse al área de SIAU para acompañamiento de solicitud de certificación de hospitalización, ya que en este caso no es procedente la entrega de la historia clínica.

7. Si la historia es solicitada por Autoridades Judiciales, de Salud u otras Entidades, se tienen las siguientes opciones:

- Mediante carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud dirigida y ante el auditor medico(a).

- Mediante correo institucional de ente legal (quien solicita) dirigido a auditor medico(a). especificando en el asunto: Solicitud de Historia Clínica.

- Mediante correos certificados