

	<b>SOLICITUD COPIA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>Código:</b> CLA-SGC-ARC-CIN-003
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Vigencia:</b> 2017-2019
		<b>Página</b> 1 de 1

Tunja, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.01 \_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre \_\_\_\_\_ identificad@ con tipo de documento: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, con residencia en \_\_\_\_\_, Teléfono: \_\_\_\_\_

**COMO TITULAR DEL DERECHO, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO FACULTO EXPRESAMENTE A (Si es un Familiar, Representante Legal o Tercero, Favor Diligenciar)**

Nombre del Autorizado \_\_\_\_\_, identificad@ con CC( ), CE( ), Pasaporte( ), Otro( ) cuál: \_\_\_\_\_, No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

En Calidad de Paciente ( ), Familiar( ) Representante legal ( ) Tercero( ) para solicitar y recibir la copia de Epicrisis ( ) Última atención ( ), Atención Últimos 12 meses ( ), Últimas 5 atenciones ( ), Historia Completa( ), Fecha específica: \_\_\_\_\_ del paciente en mención, quien se encontraba afiliad@ a la entidad \_\_\_\_\_; de igual manera me permito informar que la copia aquí solicitada se requiere para: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y me comprometo a utilizarla única y exclusivamente para tal fin, según Sentencia T-158 A – 2.008

Paciente: _____ HUELLA:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Acepto la presente autorización  Firma: _____  C.C. No. _____ </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"> HUELLA </div>
Representante Legal _____		
C.C. No. _____		

**CONSTANCIA DE RECIBIDO EN LA ENTIDAD:**

Vo.Bo. TRABAJO SOCIAL: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
Vo.Bo. JURÍDICA: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
Vo.Bo. ARCHIVO: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Posterior a su radicado, la solicitud será tramitada dentro de los siguientes tres (3) días hábiles.

**CONSTANCIA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL SOLICITANTE:**

Nombre Legible de Quien recibe: \_\_\_\_\_  
Físico (papel) ( ) En: \_\_\_\_\_ ( ) Folios. Medio Magnético: En: \_\_\_\_\_ ( ) C.D.  
FECHA Y HORA DE RECIBIDO: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

---



---



---

**ANEXOS PARA SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA:**

- CUANDO EL SOLICITANTE ES EL MISMO PACIENTE:
  - Firma y huella dactilar.
  - Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía.
- CUANDO EL SOLICITANTE ES UN FAMILIAR CERCANO (Sentencia T-158 A – 2.008: mamá, papá, hij@s, cónyuge ó compañe@ permanente)
  - Copia del Documento de identidad del paciente.
  - Copia del Documento(s) en donde se demuestre el parentesco entre el solicitante y el paciente (Registro Civil de Nacimiento – Registro Civil de Matrimonio, Declaración Jura mentada)
  - Firma y huella dactilar del solicitante.
  - Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del solicitante.
  - Si el paciente falleció: Copia del Registro Civil de Defunción.
- CUANDO EL SOLICITANTE ES UN TERCERO
  - Autorización expresa del paciente o de su representante legal con nota de presentación personal de notaría.
  - Documento de identidad del paciente.
  - Firma y huella dactilar del solicitante.
  - Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del solicitante.
  - Si el paciente falleció: Registro Civil de Defunción.

ELABORÓ: COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	REVISÓ: COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	APROBÓ: Dr. GIOVANNI SALAMANCA MOJICA
CARGO: COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS		CARGO: GERENTE GENERAL
FECHA: JULIO DEL 2017	FECHA: JULIO DEL 2017	FECHA: JULIO DEL 2017

Este documento y su contenido es propiedad de la Clínica de Los Andes I.P.S, Transversal 11 N° 30 – 61 de Tunja. Teléfono 7446060. Correo electrónico: [clinicadelosandesips@gmail.com](mailto:clinicadelosandesips@gmail.com) Se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita, de acuerdo al proceso establecido para el caso.