

	SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	Código	PLE-AI-FO-20
		Versión	1
		Vigente desde	Junio 2022
GESTIÓN DOCUMENTAL			

CIUDAD:						FECHA:	DD	MM	AA
INFORMACIÓN DEL PACIENTE									
NOMBRES Y APELLIDOS									
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC		CE		TI		RC		NÚMERO
FECHA DE LA ATENCIÓN							HUELLA		
DIRECCIÓN:									
TELÉFONO:									
CORREO:									
Para realizar este trámite por correo electrónico, debe hacer llegar el presente formato diligenciado y sus anexos al correo: gestiondocumental@clinicavita.com.co Por lo cual autorizo el envío de la copia de la historia clínica al correo electrónico suministrado a mi cuenta y me responsabilizo de la custodia de la misma.									
AUTORIZACIÓN A TERCEROS									
La entrega de la historia clínica a un tercer, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con la firma y huella. La Clínica de Fracturas Vita S.A.S. Entregará la historia Clínica solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica recaerá sobre el solicitante.									
INFORMACIÓN DE TERCEROS									
NOMBRES Y APELLIDOS:									
CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL			FAMILIAR			PARENTESCO:		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC		CE		NUMERO:				
MOTIVO DE LA SOLICITUD:							HUELLA		
DIRECCIÓN:									
TELÉFONO:									
CORREO:									

"La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" Resolución 1995 de 1999".

FIRMA DEL PACIENTE
N° IDENTIFICACIÓN:

FIRMA DEL TERCERO
N° IDENTIFICACIÓN:

Para dar trámite a la solicitud se requiere anexar la siguiente documentación según el caso:

- Solicitud directa del paciente: Cédula de ciudadanía del paciente.
- Solicitud por terceros (familiar o representante legal): Copia del documento de identificación del autorizado, Carta de autorización autenticada del paciente, carta de certificación de parentesco con firma y huella y copia del documento de identificación del paciente.
- Solicitud para Menores de edad: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento del menor, registro civil donde conste el parentesco o documento legal que lo acredite como representante legal del menor de edad.
- Paciente Fallecido en primer grado de consanguinidad, cédula original y copia del documento de identificación del solicitante, copia del certificado de defunción del fallecido y registro civil de matrimonio o declaración extra-juicio, donde conste el parentesco.
- Paciente inconsciente: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento de identificación del paciente y registro civil de matrimonio o declaración extra-juicio, donde conste el parentesco. Copia certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente *Reclame la(s) copia(s) en tres (03) días hábiles posterior a la entrega de esta solicitud.