



**SALUD DARIEN I.P.S S.A.**  
**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD**  
**FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA PACIENTE**  
**(PERSONALMENTE)**

Código: FO-CE 07      Versión:02      Fecha de actualización: 28/01/2021

SEDE: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: DD/MM/AAAA

YO, \_\_\_\_\_ identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, solicito copia de mi historia clínica del día \_\_ mes \_\_ año \_\_\_\_.

Con el fin de: \_\_\_\_\_ y me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva.

Según la Resolución 0839 de 2017 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 y para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, el cual también **tiene el carácter de reservado**”.

Por lo que le invitamos a cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación:

1. Este formato diligenciado o una carta de solicitud firmada por **usted** donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información sólo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.
2. Presentarse personalmente en cada sede para su solicitud.
3. Presentar su documento de identificación original. **No se aceptan fotocopias.**

Firma y cedula de quien solicita:  
\_\_\_\_\_  
CC

Anote aquí su correo electrónico si desea que se le envíe ésta historia clínica.  
\_\_\_\_\_  
Deseo reclamar la historia clínica personalmente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
\_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA DE QUIEN ENTREGA

**ENTREGADA A CONFORMIDAD**  
SI  NO