



SALUD DARIEN I.P.S S.A.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE FALLECIDO

Código: FO-CE 09

Versión:02

Fecha de actualización: 28/01/2021

SEDE:

FECHA DE SOLICITUD: DD/MM/AAAA

YO, _____ identificado con cedula de ciudadanía número _____ . En calidad de _____, (padre, madre, hermano (a), hijo (a), cónyuge o compañero (a) permanente) del usuario **FALLECIDO** _____, con documento de identidad número _____, solicito copia de su historia clínica de la atención recibida el 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.

LEA ANTES DE FIRMAR PORQUE USTED ADQUIERE UN COMPROMISO LEGAL

Según la Sentencia T-837/08, literales c y d:

“c) El peticionario deberá expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento, sin que, en todo caso, la entidad de salud o la autorizada para expedir el documento pueda negar la solicitud por no encontrarse conforme con dichas razones. A través de esta exigencia se busca que el interesado asuma algún grado de responsabilidad en la información que solicita, no frente a la institución de salud sino, principalmente, frente al resto de los miembros del núcleo familiar, **ya que debe recordarse que la información contenida en la historia clínica de un paciente que fallece está reservada debido a la necesidad de proteger la intimidad de una familia y no de uno sólo de los miembros de ella.**

d) Finalmente y por lo expuesto en el literal anterior, debe recalarse que quien acceda a la información de la historia clínica del paciente por esta vía **no podrá hacerla pública, ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad. Lo anterior, implica que no es posible hacer circular los datos obtenidos y que éstos solamente podrán ser utilizados para satisfacer las razones que motivaron la solicitud. “**

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

Si usted es un familiar de un paciente fallecido debe presentar:

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. Su documento de identificación original.
3. Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio según el caso, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
4. Acta de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido.

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

ENTREGADA A CONFORMIDAD

FECHA Y HORA DE QUIEN ENTREGA

SI NO