



SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA POR FAMILIAR, ENTIDAD JUDICIAL / SALUD

NC-G-02-F03

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

Versión 4

Fecha de solicitud _____
Yo _____ identificado(a) con C.C C.E PA

N° _____ Expedido(a) en _____ En calidad de:

Padre Madre Hijo(a) Compañero permanente Entidad Judicial Entidad de Salud
(En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial)

Solicito copia de Historia Clínica del paciente _____

Identificado con: MS R.C T.I C.C C.E PA Otro N° _____

Por tratarse de: Menor de Edad Discapacitado Fallecido Mayor de edad incapacitado

Se solicita Historia Clínica Completa Parcial, del día DD _____ MM _____ AA _____

Esta copia de la Historia Clínica es solicitada con el fin de: _____

Observaciones: _____

Firma del Solicitante: _____

N° Documento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Podrán acceder a la información contenida en la Historia Clínica, en los términos previstos en la Ley: El Usuario, El equipo de salud, Las autoridades Judiciales y de salud, y las demás personas previstas en la Ley.
Parágrafo: "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". Ley 2015 de 2020. Crea la Historia clínica Electrónica interoperable. Art.13°. Seguridad de la información y seguridad digital.

***Debe Anexar:**

- 1) Copia de identificación del solicitante
- 2) Documento donde conste el parentesco con el paciente:
 - Registro Civil de Nacimiento (Si es padre, madre o hijo del paciente)
 - Registro Civil de Matrimonio o extrajuicio de convivencia (Si es compañero(a) permanente)
- 3) Orden Judicial (Si es solicitado por Entidad Judicial)
- 4) Certificado de Defunción (si el paciente es fallecido)
- 5) Solicitud formal si es entidad de Salud autorizada por la Ley

NEGACIÓN DE LA ENTREGA

No se adjunta la documentación requerida Otra _____

ENTREGA COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

V° B° de Comité de Historia Clínica NEUROCOOP S.A.S. _____

Nombre del responsable de la entrega en la IPS _____

Recibo de Conformidad (Sólo el Solicitante)

Nombre: _____ Fecha _____

N° Documento: _____ N° Folios _____

INSTRUCTIVO: Diligencie este formato cuando La Historia clínica se solicite por familiar autorizado por Ley, entidad de salud o entidad judicial. // Si la historia clínica la solicita directamente el titular diligencie el formato NC-G-02-F01. // Si el paciente mayor de edad autoriza la entrega de la Historia clínica a un tercero por favor diligencie el formato NC-G-02-F02. //