



FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA
GESTIÓN DE CALIDAD
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN SIAU

Código:FO015001

Versión: 02

Fecha:

Página:1

CIUDAD: _____ **FECHA SOLICITUD: DÍA** _____ **MES** _____ **AÑO** _____

1. DATOS DEL USUARIO:

Nombres y apellidos: _____

Tipo de Identificación: **CC** ___ **CE** ___ **TI** ___ **RC** ___ **NUIP** ___ Número del documento: _____

EPS: _____ Dirección: _____ Teléfono Contacto: _____

2. DATOS DEL SOLICITANTE:

Si es un tercero por favor diligenciar los siguientes datos:

Nombres y apellidos: _____ Parentesco (familiar o tercero): _____

Tipo de Identificación: **CC** ___ **CE** ___ **TI** ___ **RC** ___ **NUIP** ___ Número del documento: _____

EPS: _____ Dirección: _____ Teléfono Contacto: _____

3. HISTORIAS CLÍNICAS SOLICITADAS (favor marque con una "X"):

Atenciones últimos 12 meses

Ultima atención

Ultimas 6 atenciones

Historia completa Fecha específica: _____ Servicios: _____

Motivo detallado de la solicitud (para fallecidos, pacientes en estado de incapacidad y adulto mayor).

4. FORMA DE ENTREGA: Físico (papel) _____ Correo Electrónico _____ Medio magnético _____

Solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

Correo electrónico: _____

Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica a través de dicho canal electrónico.

Firma del solicitante:

"Usted recibirá fiel copia de la Historia Clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. "La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona en condición de discapacidad se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999)". En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregara quien tenga primer grado de consanguinidad.

Señor usuario si usted desea solicitar copia de la historia clínica tenga en cuenta las siguientes recomendaciones y requisitos:

- Acercarse a la oficina de Atención al Usuario (SIAU).