



**SALUD DARIEN I.P.S S.A.**  
**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD**  
**FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE**  
**MENOR DE EDAD**

Código: FO-CE 08

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) o representante legal del usuario \_\_\_\_\_, menor de edad y con documento de identidad número \_\_\_\_\_, solicito copia de su 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 1995 de 1999 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”.

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

**Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe presentar:**

1. El formato diligenciado de SALUD DARIEN IPS S.A. para PACIENTE MENOR DE EDAD o traer carta firmada por **usted** donde exprese las razones de su solicitud y su compromiso de utilizar la información solo para lo expresado, conservando su confidencialidad y reserva.
2. Su documento de identificación original.
3. Copia del documento de identidad del menor.
4. Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).

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**