



SALUD DARIEN I.P.S S.A.
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD
FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE
CON DISCAPACIDAD

Código: FO-CE 10 | 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 _____, 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.

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.
Si usted es un familiar de un paciente en estado de incapacidad y mayor de edad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe adjuntar:

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 solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.
2. Su documento de identificación original.
3. Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
4. Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- 5.

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**