

	FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA	
	CODIGO	PAPY-GAF-TH-FTO-07
	VERSION	1
	FECHA	12/2/2021
	PAG	1 de 2

FORMATO PARA SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

CIUDAD _____ FECHA _____ HORA _____

1. DATOS DEL PACIENTE.

Nombres y Apellidos _____ Identificación _____
 Teléfono N° 1 _____ Teléfono N° 2 _____ Email _____
 Motivo de Solicitud: _____
 Historias Clínicas Solicitadas _____

"la(s) copia(s) se entregaran en los términos previstos por la Ley"

2. DATO DEL SOLICITANTE:

Nombre y apellidos _____ N° de Identificación _____
 Parentesco (si es un familiar o tercero): _____ Teléfono: _____
 Nombre legible del solicitante: _____ Firma del Solicitante: _____

3. NEGACIÓN:

Le informamos que la historia clínica solicitada por usted, no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes.

- a. ___ No la solicita el paciente
- b. ___ No la solicita el responsable del menor de edad o paciente incapaz de hacerlo
- c. ___ No presenta autorización del paciente o titular.
- d. ___ No aporta los documentos de soporte

Nombre legible solicitante: _____ Firma del solicitante: _____

4. APROBACIÓN

Numero de Folios _____ **Entregó:** Nombre Legible: _____
 Firma _____ Cargo _____
Fecha Inicio HCX: _____ **Fecha Final HCX:** _____

6. RECIBÍ CONFORME:

Nombre Legible de quien Recibe _____ Documento _____
 Firma de quien recibe _____ Folios entregados: _____

"usted ha recibido fiel copia de la historia clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. POR NINGUN MOTIVO PODRÁ SER PÚBLICA SENTENCIA T-338-2009."

CARGO	ELABORO	REVISO	APROBO
	LIDER DEL SERVICIO	COORDINADORA DE CALIDAD	OFICINA DE CALIDAD

	FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA	
	CODIGO	PAPY-GAF-TH-FTO-07
	VERSION	1
	FECHA	12/2/2021
	PAG	2 de 2

APRECIADO USUARIO, RECUERDE:

**“La Historia Clínica es un Documento PRIVADO, OBLIGATORIO Y SOMETIDO A RESERVA.
Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente
O en los casos previstos por la ley “RESOLUCIÓN 1995 DE 8 DE JULIO DE 1999. - “LEY 23 DE 1981”**

Diríjase a la ventanilla única de la IPS Ser Salud, solicite la copia de la historia clínica y diligencie el formato. “Autorización de Copia de la Historia Clínica”, la entrega se realizara en los tiempos establecidos por la ley.

Horario De Atención: 7:00 a 12:00 pm y 2:00 a 5:00 pm.

1. Si usted es el paciente, debe anexar: Fotocopia de la cédula de ciudadanía - Formato de solicitud de historia clínica.

2. Si usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente, debe anexar:

- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía del autorizado y fotocopia de la cédula de ciudadanía del paciente.
- ✓ Formato de solicitud de historia clínica.
- ✓ Carta formal notariada especificando (1) Autorización de entrega de historia clínica a familiar o tercero. (2) Motivo de la solicitud de la historia clínica y (3) Firma de persona solicitante (paciente) y persona autorizada.

3. Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad, debe anexar:

- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar o representante legal solicitante.
- ✓ Fotocopia del documento de identidad del menor de edad.
- ✓ Copia del Registro Civil de Nacimiento donde conste el parentesco como Padre/Madre o Declaración extra juicio (según el caso) que lo acredite como representante legal (ej.: madre sustituta) del menor.
- ✓ Formato de solicitud de historia clínica.
- ✓ Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

4. Si usted es un familiar de un paciente fallecido, debe anexar:

- ✓ Se podrá solicitar por medio de Derecho de petición (especificando motivo de la solicitud y parentesco), Superintendencia Nacional de Salud, juzgados, fiscalías y por aseguradoras adjuntando copia de póliza donde se certifique el derecho que tiene la aseguradora a ver la historia clínica.
- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar solicitante.
- ✓ Copia del Certificado de Defunción.
- ✓ Copia del Registro Civil de Nacimiento, Matrimonio o Declaración de Extra juicio (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- ✓ Formato de solicitud de historia clínica.

5. Si usted es un familiar de un paciente en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental o física), debe anexar:

- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía del solicitante
- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del paciente.
- ✓ Copia del Registro Civil de Nacimiento, Matrimonio o Declaración de Extra juicio (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- ✓ Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- ✓ Si el solicitante no puede contar con el certificado médico, debe anexar Declaración de Extra juicio manifestando dicha imposibilidad y especificando cual es la incapacidad del titular de la historia clínica.
- ✓ Formato de solicitud de historia clínica.
- ✓ Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

6. Si la historia es solicitada por Autoridades Judiciales, de Salud u otras Entidades, se tienen las siguientes opciones:

- ✓ Mediante carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud
- ✓ Mediante correo institucional (quien solicita) dirigido a correo ipssersalud@hotmail.com especificando en el asunto: Solicitud de Historia Clínica. - Mediante correos certificados.

	ELABORO	REVISO	APROBO
CARGO	LIDER DEL SERVICIO	COORDINADORA DE CALIDAD	OFICINA DE CALIDAD