

CÓDIGO:	FOR-ADM-024
FECHA DE APROBACIÓN:	21/11/2017
VERSIÓN:	2
PAGINA:	Página 1 de 1

FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Bogotá D.C., _____ de _____, de 20_____

Señores:
CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS SAS
La Ciudad

Yo, _____ identificado con C.C. __ C.E __ Otros __ Cual (_____)
Número _____, expedida en _____, solicito copia de mi historia clínica Completa: __
Parcial de la siguiente especialidad: _____ con el fin de
_____.

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva. Y manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS SAS no la haga pública, se maneje con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva del mismo. Exonero CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS SAS de toda responsabilidad por el manejo que se le dé a la información suministrada. Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, 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".

Acepto que para obtener copia de mi historia clínica, debo presentar y adjuntar:

Formato de Carta de solicitud de Historia Clínica debidamente diligenciada.
Fotocopia del documento de identidad

Firma de quien solicita: _____ Documento: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

**Certifico que es una cuenta de correo electrónico propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica.

Vo.Bo. Gerente o Representante Legal: _____

Recibo de conformidad:

Firma: _____ Documento: _____

Fecha: DD____ MM____ AA____ No. de Folios: _____