

	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FOR-ADM-024
		<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>	21/11/2017
		<b>VERSIÓN:</b>	2
		<b>PAGINA:</b>	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 (\_\_\_\_)  
Numero \_\_\_\_\_, 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 hare pública, se maneja 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: \_\_\_\_\_