

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

**FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE MENOR DE EDAD Y/O EN ESTADO DE
DISCAPACIDAD FISICA O MENTAL**

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

Señores:
CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS
La Ciudad

Yo, _____ identificado con C.C. ____ C.E. ____ Otros ____ Cual (____)
Numero _____, expedida en _____, en calidad de _____ (Padre, madre, tutor
legal, hij@, cónyuge o compañer@ permanente) y en representación del paciente
_____, identificado con R.C. ____ T.I. ____ C.C. ____ C.E. ____ Otro
____ Cual (____) Numero _____, expedida en _____, solicito copia de 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 **Juan Pablo II IPS** no la hare pública, se manejara con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva del mismo. Exonero a **Juan Pablo II IPS** 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 la historia clínica del paciente en mención, debo presentar y adjuntar:

- Copia del registro civil, matrimonio o extra juicio, según sea el caso con el fin de acreditar parentesco.
- En caso de tutor legal debe anexar copia de la sentencia judicial.
- Fotocopia del documento de identidad del solicitante.
- Fotocopia del documento de identidad del paciente.
- Formato de Carta de solicitud de Historia clínica de paciente menor de edad y/o es estado de discapacidad debidamente diligenciada.

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: _____