

Fecha de la Solicitud:

DIA	MES	AÑO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN					
			RC	TI	CC	CE	PA	
NÚMERO DE ID	SERVICIO					FECHA DE ATENCIÓN		TELÉFONO / CELULAR
	URGE	HOSP	C. EXT.	CX	CIAMAR	DÍA	MES	AÑO

MOTIVO DE LA SOLICITUD (Cada copia tiene un costo al momento de su entrega)

Para la EPS o Incapacidad
(Epicrisis, Evoluciones y Exámenes)

☐

Para trámites Legales (Epicrisis, Evoluciones,
Exámenes, Actas Voluntarias, Medicamentos y Otros)

☐

Si usted desea que esta información le sea enviada a su correo electrónico, favor enviar los documentos relacionados en la parte posterior de este formato, según sea el caso; al siguiente correo electrónico: archivo@cnsr.com.co.

Diligenciar la siguiente información sólo en casos donde la solicitud la realice una persona diferente al paciente

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE (S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN					
			RC	TI	CC	CE	PA	
NÚMERO DE ID	PARENTESCO					TELÉFONO / CELULAR		
	PADRE - MADRE	HERMANO (A)	HIJO (A)	CÓNYUGE O COMPAÑERO	REPRESENTANTE LEGAL			

Al firmar este formato entiendo y acepto los términos y condiciones para la entrega de la historia, además de la obligación legal de reserva que se me impone al acceder a la información de la historia clínica de mi familiar y me comprometo a no hacer público el contenido de la documentación citada a fin de dar cumplimiento a la norma constitucional de derecho a la intimidad del paciente, manteniéndola en total reserva y alejada del conocimiento general de la sociedad. Solamente la utilizaré para satisfacer las razones que motivaron esta solicitud.

Firma del Solicitante

Firma de Autorización

DILIGENCIAR A LA ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Al firmar certifico que **recibí conforme una copia** de la historia clínica solicitada. Igualmente el personal autorizado de la Clínica me informó, que de requerir una nueva copia esta me será entregada **tres días hábiles** después de radicar la solicitud.

Firma de Recibido

Fecha de Entrega:

DIA	MES	AÑO

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	Código: SII-FR-005
	Fecha: 7/Febrero/2019
Formato: Solicitud de Historia Clínica	Versión: 006
	Página 2 de 2

DOCUMENTOS ANEXOS

1. **Copia de Historia Clínica Propia**

- Formato solicitud de historia clínica diligenciado adecuadamente.
- Documento de identificación original del paciente. *(Fotocopia del documento de identificación, en caso que desee que se le envíe al correo electrónico).*

2. **Copia de Historia Clínica de Menor de Edad**

- Formato solicitud de historia clínica diligenciado adecuadamente.
- Copia del documento de identificación del menor.
- Copia del documento de identificación de la madre, padre o representante legal.
- Copia de la documentación que lo acredite como representante legal (documento de autoridad competente que lo acredite como tal), y/o parentesco (registro civil de nacimiento con parentesco).

3. **Autorización a Terceros (Familiar o Tercero autorizado por el paciente)**

- Formato solicitud de historia clínica diligenciado adecuadamente.
- Carta de autorización escrita y firmada por el paciente (Preferiblemente en original).
- Copia del documento de identificación del paciente.
- Copia del documento de identificación del tercero.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

- Diligencie en letra clara y legible **TODOS** los campos de la solicitud.
- Radicar la solicitud de la historia clínica en el área de archivo presentando este formato correctamente diligenciado y adjuntar la documentación requerida.
- Si el año de ingreso es mayor a 2007, la copia de la historia clínica será entregada después de tres (3) días hábiles a partir de la fecha de radicación. En caso contrario, será entregada en diez (10) días hábiles a partir de la fecha de radicación.
- El horario de entrega de la historia clínica es de 02:00 p.m. a 04:00 p.m. de Lunes a Viernes.
- Al momento de reclamar la historia clínica acercarse a la ventanilla de caja y cancelar el valor de la copia, el cual corresponde a \$100 por cada página.
- Si no se acerca a reclamar la copia de la historia clínica dentro de los 30 días hábiles (1 mes) siguientes a la fecha de radicación de esta solicitud, la historia clínica será archivada y deberá volver a realizar la solicitud.
- En caso de que no pueda acercarse personalmente a reclamar su historia clínica, debe presentar los documentos anexos anteriormente descritos, de acuerdo a su condición (propia, menor de edad o terceros), para radicar su solicitud.

“Normas para el Manejo de Historias Clínicas “

Resolución 1995 de 1999 (Art. 1): La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”