	FORMATO	CÓDIGO	TIC-S3-F4
	SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	19/07/2019
		PAGINA 1 DE 3	

FECHA DE SOLICITUD: _____/____/_____ **SEDE:** _____

Señores:
GESTIÓN DOCUMENTAL
E.S.E. Carmen Emilia Ospina
Ciudad

Ref.: Solicitud de Historia Clínica

Yo_____identificado con cédula de ciudadanía Nº._____ de _____, solicito copia de la historia clínica de _____ identificado con Nº. de documento _____.

Motivo por el cual se solicita la copia de la historia clínica:
_____
_____
_____
_____
_____

Acepto bajo gravedad de juramento que el uso de la historia clínica será el adecuado, sin vulnerar lo referente a su custodia.

Atentamente,

_____
CC:
Teléfono:
Dirección:
Barrio:
Parentesco:

REQUISITOS

TITULAR	*Documento de Identificación Original y Fotocopia.	
FAMILIAR O TERCERO AUTORIZADO	*Documento de Identificación Original y Fotocopia del familiar o tercero.	
	*Fotocopia del documento de identificación del paciente.	
	*Formato de autorización firmada por el paciente.	
PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL DE MENOR DE EDAD	*Documento de Identificación original del padre o la madre y Fotocopia.	
	*Fotocopia del documento de Identidad del menor.	
	*Fotocopia del documento que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal)	
FAMILIAR DE PACIENTE FALLECIDO	*Fotocopia del documento de identificación del familiar	
	*Fotocopia del Registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extrajuicio según el caso, con el fin de acreditar parentesco.	
	*Fotocopia de certificado de defunción.	
FAMILIAR DE PACIENTE CON INCAPACIDAD MENTAL, FÍSICA O INCONSCIENTE	*Fotocopia documento de Identificación del familiar que reclama la copia de la historia clínica.	
	*Fotocopia del Registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho, según el caso, con fin de acreditar parentesco.	
	*Fotocopia de certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.	

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO "SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA"

OBJETIVO: Proporcionar al usuario herramientas que le faciliten la solicitud de Historia Clínica e informar sobre los documentos que debe presentar.

ALCANCE: Aplica para todos los usuarios que soliciten la copia de Historia Clínica.

Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta:

FECHA: Registre día, mes y año en que se diligencia la solicitud.
SEDE: Registre la sede habilitada donde se diligencia la solicitud.

Señores: Registro establecido en el formato**, (**nombre del destinatario**).**
Ref.: Registro establecido en el formato (asunto del formato).

Yo: Registre el nombre completo de la persona quien realiza la solicitud de Historia Clínica.
No: Registre el número de identificacion de la persona quien realiza la solicitud de Historia Clínica.
De: Registre el lugar de expedición del documento de identidad de la persona quien realiza la solicitud de Historia Clínica.
Historia clínica de: Registre el nombre completo del titular de la Historia Clínica.
No: Registre el número de identificacion del titular de la Historia Clínica.
Lo anterior con el fin de: Registre el tipo de atención de la Historia que solicita, periodo y motivo de la solicitud.

Atentamente: El solicitante debe registrar la firma como forma de verificación de la solicitud.

CC: Registre el número de identificación del solicitante de la Historia Clínica.
Teléfono: Registre el número de contacto (teléfono, celular) del solicitante de la Historia Clínica.
Dirección: Registre la dirección de residencia del solicitante de la Historia Clínica.
Barrio: Registrar el nombre del barrio de residencia del solicitante de la Historia Clínica.

Requerimientos: Registro establecido en el formato (documentos a presentar para solicitud de Historia Clínica).

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de aprobación
2	Modificación del documento.	24/07/2017
3	Modificación del documento: Se modifica la tabla de requerimientos para la solicitud de Historia Clínica y se actualiza la versión por petición de la coordinadora jurídica del subproceso de defensa judicial, con el fin de asegurar los soportes necesarios a la solicitud.	30/08/2017
4	Modificación del documento : -Se incorpora el campo “Motivo por el cual se solicita la copia de la historia clínica”. -Actualización de la vigencia y estructura documental. - Ajuste: Lenguaje claro en la documentación. Dichos ajustes se realizan con la finalidad de obtener un lenguaje claro en la documentación que permita una mejora continua dentro del proceso “Tecnología de la información y las comunicaciones”	19/07/2019
Nombre :Cindy Viviana Solano Vanegas Cargo: Apoyo profesional área TIC. Nombre :Diana Goretty Patarroyo Cargo: Apoyo profesional garantía de la calidad	Nombre: Yeny Aracelly Nuñez Cargo: Gestora TIC Nombre: Mónica Martínez Macías Cargo: Coordinadora de Calidad	Nombre: Lúz Angela Narvaéz Cerquera Cargo: Subgerente administrativo
Elaboró	**Revisó**	**Aprobó**