



FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: _____

NUMERO DE DOCUMENTO: _____

EXPEDIDO EN: _____

HISTORIA CLINICA
SOLICITADA:

COMPLETA

PARCIAL

URGENCIAS

MEDICINA GENERAL

HOSPITALIZACIÓN

CONSULTA ESPECIALIZADA

OTRA

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____

Firma del solicitante: _____

Documento de identidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Yo, _____, identificado con documento de identidad número _____ de _____, autorizo a _____ mayor de edad, identificado con documento de identidad número _____ de _____ para reclamar a nombre mío copia de mi historia clínica.

Firma del solicitante: _____

Firma del autorizado: _____

Documento de identidad: _____

Documento de identidad: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Vo. Bo. Funcionario autorizado

Al respaldo se encuentran los requisitos para solicitar copia de la historia clínica:

- La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero.
- En caso de tratarse de menor de edad de o persona incapaz se entregará al responsable o representante legal del usuario, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).



FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

REQUISITOS PARA SOLICITAR Y RECLAMAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

La solicitud de copia de historia clínica debe realizarse en la oficina de archivo de historias clínicas de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

La historia clínica es un documento donde se registran los datos clínicos del usuario adquiridos durante la atención médica, los procedimientos realizados, el diagnóstico, tratamiento y el concepto del médico. La legislación colombiana, en la Resolución 1995 de 1999, señala que la historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, la cual solo puede ser entregada al usuario o a terceros con previa autorización del usuario o en los casos previstos por la Ley; por tanto le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación:

El usuario debe presentar:

- Formato diligenciado de solicitud copia de historia clínica.
- Copia del documento de identidad (registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte) o comprobante de documento en trámite (contraseña).

Si el usuario no puede realizar el trámite, se puede autorizar a un tercero para solicitar su historia, la persona que reclama o autorizada debe ser un familiar en primer grado de consanguinidad (mamá, papa, hermanos o abuelos) y debe presentar:

- Formato diligenciado de solicitud copia de historia clínica.
- Copia del documento de identificación del usuario.
- Copia de identificación del solicitante.

Si el usuario es un menor de edad, únicamente la pueden solicitar padre, madre o representante legal del usuario menor de edad y debe presentar:

- Formato diligenciado de solicitud copia de historia clínica.
- Copia de identificación del padre o madre solicitante.
- Copia del documento de identidad del menor.
- Documento que lo acredite como representante legal la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco.

Si el usuario es un fallecido, únicamente la pueden solicitar un familiar de un usuario fallecido y deben presentar:

- Formato diligenciado de solicitud copia de historia clínica.
- Copia del registro civil (de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Copia de documento de identidad del fallecido.
- Copia del registro civil de defunción o certificado de defunción, para demostrar que el usuario ha fallecido.
- Copia del documento de identidad del solicitante.
- Diríjase a la subgerencia científica para la respectiva autorización.

La solicitud de copia de historia clínica la podrá realizar en las siguientes opciones:

Correo electrónico: archivo@hospitaldefusagasuga.gov.co

WhatsApp: 3107844661 – 3005427780 -3043725939

Para cualquier información comunicarse con el número de teléfono 8733000 extensión 196 en el horario de 8:00 am a 4:00 pm de lunes a viernes – Jornada continua