



## FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA

FECHA DE SOLICITUD

### 1. INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS						
TIPO DE DOCUMENTO	CC	TI	RC	CE	PS	No.
DIRECCIÓN						
CELULAR						
CORREO						

### 2. MARQUE CON UNA (X) EL TIPO DE SOLICITUD

HISTORIA CLINICA	<input type="checkbox"/>	EPICRISIS	<input type="checkbox"/>	ORDENES	<input type="checkbox"/>
INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	RESULTADOS DELABORATORIO	<input type="checkbox"/>

### 3.MOTIVO DE LA SOLICITUD DEL DOCUMENTO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4.INFORMACIÓN DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O TERCERO AUTORIZADO

NOMBRES Y APELLIDOS						
TIPO DE DOCUMENTO	CC	TI	RC	CE	PS	No.
DIRECCIÓN						
PARENTESCO						
CELULAR				CORREO		

### 5.MARQUE CON UNA (X) EL TIPO DE ESTADO EN EL QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE

DIVERSIDAD FUNCIONAL	<input type="checkbox"/>	ADULTO MAYOR	<input type="checkbox"/>
FALLECIDO	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZADO	<input type="checkbox"/>
MEJOR DE EDAD	<input type="checkbox"/>	URGENCIAS	<input type="checkbox"/>

--	--

FIRMA USUARIO

FIRMA FAMILIARREPRESENTANTE LEGAL O  
TERCERO AUTORIZADO

- **LEY 1581 DE 2012 "PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES" (ART1):** Tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos.
- **LEY 23 DE 1981/RESOLUCIONES 1995/1999-839/2017:** 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 los 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.

Vo.Bo. Colaborador Autorizado Atención Al Usuario

FIRMA PROFESIONAL ARCHIVO

Para cualquier información comunicarse al número **8733000 ext. 196**, en **HORARIO DE ATENCION AL USUARIO DELUNES A JUEVES DE 7:30 am A 5:00 pm Y LOS DIAS VIERNES DE 7:30AM A 4:00PM JORNADA CONTINUA** o al correo institucional [archivo@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:archivo@hospitaldefusagasuga.gov.co)



## FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA

### 6. OBSERVACIONES

#### 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 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:

**1. Si usted es el paciente y es mayor de edad debe presentar:**

- Formato solicitud copia de historia clínica diligenciado y firmado.
- Copia del documento de identidad, (cédula de extranjería, pasaporte o contraseña)
- Tarjeta de identidad o pasaporte

**2. Si usted es menor de edad y es padre o madre, para reclamar la historia de su hijo debe de presentar:**

- Formato solicitud copia de historia clínica diligenciado y firmado.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia del registro civil.

**3. Si usted es un familiar, padre, madre o representante legal del paciente, tanto adulto como menor de edad o paciente hospitalizado debe presentar:**

- Formato solicitud copia de historia clínica diligenciado y firmado.
- Copia del documento de identificación del paciente.
- Copia del documento de identificación del autorizado.
- Copia del registro civil de nacimiento o declaración extrajuicio con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (menor de edad)
- Una carta de autorización escrita, firmada por el paciente y por la persona autorizada.

**4. Si usted es un tercero autorizado por el paciente debe presentar:**

- Formato solicitud copia de historia clínica diligenciado y firmado.
- Copia del documento de identificación del paciente.
- Copia del documento de identificación del autorizado.
- Una carta de autorización escrita, firmada por el paciente.

**5. Si usted es representante legal de hogar geriátrico, fundaciones o entre otros debe presentar:**

- Formato solicitud copia de historia clínica diligenciado y firmado.
- Copia del documento de identificación del paciente.
- Copia del documento de identificación del representante legal.
- Un oficio de solicitud membretada, escrita y firmada por el representante legal de la instituto o fundación.

**6. Si usted es un familiar de un paciente fallecido debe presentar:**

- Formato solicitud copia de historia clínica diligenciado y firmado.
- 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.