

FECHA: __//__//__

Paciente: _____

Tipo y número de documento: CC TI RC Otros: ____ No. _____

Relacione la calidad con la que realiza la presente solicitud:

Paciente Familiar Autorizado Otro: _____

Motivo de la solicitud: _____

Tipo de solicitud historia:

Completa Hospitalización Fechas __//__/____ a __//__/____ Resultados _____**Información importante**

La historia clínica es un documento reglamentado por la Resolución 0839 de Marzo del 2017, por la cual se modifica la resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones, el cual es confidencial y se encuentra sometido a RESERVA LEGAL, por tal motivo teniendo la CLÍNICA LOS NOGALES la custodia de la misma, es importante que el registro médico sea empleado para los fines solicitados al firmar el presente documento, por lo que el solicitante se hace responsable de la utilización apropiada y acepta que se le ha dado la información para el acceso a la misma.

En condición de **SOLICITANTE** autorizo expresamente a **CLÍNICA LOS NOGALES** realizar el envío de los soportes solicitados por medios electrónicos, de aceptar esta opción por favor indique su correo electrónico, teniendo en cuenta los requisitos para solicitar copia de la historia clínica:

Acepta el envío: Sí NO Correo Electrónico: _____**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** _____DOCUMENTO: CC TI RC OTROS No. _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

Requisitos para solicitar copia de la historia clínica y anexos:**1. Si Ud. es el paciente debe presentar:**

- Su documento de identificación original. No se aceptan fotocopias
- Formato diligenciado RE-16.2-02 “Solicitud copia historia clínica y anexos”

2. Si Usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente debe presentar:

- Formato diligenciado RE-16.2-02 “Solicitud copia historia clínica y anexos”
- Su documento de identificación original y copia.
- Copia del documento de identificación del paciente.
- Una carta de autorización escrita, firmada por el paciente y por usted como persona autorizada, con presentación personal en Notaria por parte del paciente

3. Si Usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe presentar:

- Formato diligenciado RE-16.2-02 “Solicitud copia historia clínica y anexos”
- Su documento de identificación original y copia.
- Copia del documento de identidad del menor
- Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).

4. Si Usted es un familiar de un paciente fallecido debe presentar:

- Formato diligenciado RE-16.2-02 “Solicitud copia historia clínica y anexos”
- Excepcionalmente se entregará historia clínica a los familiares que acrediten que hacen parte del núcleo familiar del paciente en éstos grados de parentesco: la madre, el padre, los hijos (as) y el cónyuge o compañero (a) permanente), para lo cual deben acreditar:
 - Cuando la solicitud la presente los padres del paciente fallecido, debe aportar copia autentica del registro civil de nacimiento del paciente fallecido.
 - Cuando la solicite el hijo del paciente fallecido, deberá aportar copia auténtica del registro civil de nacimiento del peticionario.
 - Cuando la solicite el cónyuge del paciente fallecido debe aportar copia autentica del registro civil de matrimonio.
 - Cuando la solicite el compañero permanente debe aportar copia de la sentencia, acta de conciliación o declaración de compañero permanente.

Excepcionalmente puede entregarse la historia clínica al familiar del paciente fallecido que no tenga dichos vínculos, siempre y cuándo medie un pronunciamiento judicial o requerimiento de entidad de vigilancia y control como la Superintendencia Nacional de Salud, Secretaria Distrital de Salud o despacho judicial.

- Su documento de identificación original y copia.
- Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido (en caso de que el paciente haya fallecido en la clínica no se debe adjuntar).

5. Si Usted es un familiar de un paciente en estado de incapacidad y mayor de edad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe presentar:

- Formato diligenciado RE-16.2-02 “Solicitud copia historia clínica y anexos”
- Su documento de identificación original y copia.
- 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 del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente; siempre y cuando el mismo no éste descrito en la historia clínica que se entregará

ACEPTO LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA LA SOLICITUD DE LA HISTORIA CLINICA Y SUS ANEXOS

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

CC No. _____