



FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

Ciudad: _____ Fecha: _____ Hora: _____.

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Teléfono Contacto: _____ E-mail: _____

Motivo de Solicitud: _____

Firma Solicitante: _____

2. AUTORIZACIÓN DE ENTREGA A UN TERCERO:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Teléfono: _____

Firma Solicitante: _____

Firma autorizado: _____

“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 un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999)” En caso que el pacientes haya fallecido, la Historia Clínica solo se le entregara quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (esposo(a) o compañero(a) permanente).

3. NEGACION: Le informamos que la Historia Clínica solicitada por usted no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes.

a. ___ No la solicita el paciente.

b. ___ No la solicita el responsable del menor de edad o paciente incapaz.

c. ___ No presenta autorización del paciente o titular.

Recibí Conforme:

Nombre: _____ Identificación: _____

Firma: _____

Número de Folios Entregados: _____

Entregué: _____

Fecha y Hora: _____.