

	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA	E-ATU-F-007
		Versión 2
ATENCIÓN AL USUARIO		Página 1 de 1

Fecha: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____

Datos del paciente:

Documento: CC CE TI AS _____

Nombres y apellidos: _____

EPS: _____

celular: _____

Autorización:

Yo, _____ (Nombres y apellidos) identificado con CC CE TI AS _____, como titular representante legal otro: _____, en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al tercero mencionado a continuación, a tener acceso a la historia clínica del paciente registrado y a sus anexos, tanto por conocimiento directo, como por fotocopia parcial o total del documento.

Medio de entrega: Física (reclamar personalmente) Correo electrónico _____

Motivo de la solicitud:

Rango de fechas: _____

Datos del peticionario:

Documento: CC CE TI AS _____

Nombres y apellidos: _____

celular: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____

FIRMA DEL TITULAR
(Propietario de la historia)

FIRMA DEL AUTORIZADO
(Si aplica)

RESPUESTA PARA LA ENTREGA

Negación de la petición:

Se informa que la Historia Clínica no puede ser entregada, ya que la solicitud no cumple con los requisitos legales.

No presenta documento que lo identifique como titular o paciente, propietario de la historia clínica.

No presenta autorización del paciente o titular y/o documentos que acrediten derecho a acceder a la historia clínica, en términos de ley.

Recibí: Explicación de la negación Copia de la historia clínica

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Entregué: Folios # _____

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Fecha: _____