

FECHA DE SOLICITUD	D	M	A	FECHA DE ENTREGA	D	M	A
DATOS DEL PACIENTE							
Nombre del Paciente:							
Documento de identidad:				EPS:			
Dirección:				Teléfono:			
Correo electrónico:							
Fecha de atención de la historia clínica solicitada:							
Motivo de la Solicitud:							
Orden medica:		Certificado defunción:			Incapacidad:		
Resultado Exámenes:		Constancia hospitalización:			Nota aclaratoria:		
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del solicitante:							
Documento de identidad:				Parentesco:			
Correo electrónico:							
<p>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 o de una persona con incapacidad, esta se entregará al responsable, representante legal del paciente o autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).</p> <p>"Normas para el Manejo de Historias Clínicas" Ley 23 de 1981 (Art.34) - Resolución 1995 de 1999 (Art.1): "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 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". Sentencia T-158 A de 2008 - Corte Constitucional: Para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado mental o físico, la historia clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos por la Ley.</p> <p>AVISO DE PRIVACIDAD: Con el fin de dar cumplimiento a la legislación en materia de tratamiento de datos personales, estipulado en la ley 1581 de 2012 y el decreto 3274 de 2015 en su capítulo 25, SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.S., identificada con Nit. 805023423-1, ubicada en la calle 10 Nro. 33-51 Barrio Colseguros y con correo electrónico datospersonales@clinicamuestra.com, utilizará los datos suministrados por usted para la ejecución de actividades de seguimiento a los procesos de formación y demás actividades relacionadas con el objeto social. En caso de hacer valer sus derechos según lo establecido en el artículo 8 de la ley 1581 de 2012, lo podrá realizar a través de los datos de contacto anteriormente descritos. Con la firma suministrada en el presente registro, nos autoriza a dar tratamiento de sus datos personales de acuerdo a la finalidad manifestada.</p> <p>Nota: Al diligenciar el presente formato, acepto y me comprometo a utilizar la información solicitada solo para dar cumplimiento a las razones que motivaron la presente solicitud (Punto 6), manteniendo su confidencialidad y reserva en cumplimiento de la normatividad vigente.</p> <p>En virtud de lo anterior, manifiesto que el correo electrónico suministrado anteriormente es de mi propiedad y con ello me hago responsable y garantizo la reserva legal y profesional a que están sujetos la parte integral de mi historia clínica.</p>							
ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD							
Funcionario que tramita:				Observación:			

Nombre Completo del Solicitante
C.C

REQUISITOS PARA LA ENTREGA DE LA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Caso 1

Si usted es el paciente, debe enviar los siguientes documentos:

- Carta o formato de solicitud con su firma, especificando las fechas de atención que requiere, cual es la necesidad y finalidad para lo cual requiere la historia clínica.
- Cédula de ciudadanía por ambos lados.

Caso 2

Si el paciente es menor de edad, debe enviar los siguientes documentos:

- Carta de solicitud firmada por el solicitante (padre o madre), especificando la necesidad y finalidad.
- Documento que certifique el parentesco con el menor (Registro Civil de Nacimiento).
- Cédula del solicitante y documento de identidad del menor por ambos lados.

Caso 3

Si usted no es el paciente, debe enviar los siguientes documentos:

- Carta de solicitud firmada por el paciente, autorizando a un tercero a reclamar la historia clínica, especificando la necesidad y finalidad.
- Cédula del paciente y de la persona autorizada por ambos lados.

Caso 4

Si el paciente no está en condiciones de autorizar (inconsciente o con incapacidad física o mental) o es Fallecido (la Historia Clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad), cumpliendo con los requisitos establecidos por la ley, debe tener en cuenta el envío de los siguientes documentos:

- Carta de solicitud firmada por el solicitante, especificando la necesidad y finalidad, teniendo en cuenta que únicamente puede ser realizada por los padres, hermanos, esposo o hijos.
- Cédula del paciente y del solicitante por ambos lados.
- Documento que certifique el parentesco según aplique:

Tipo de familiar	Documento solicitado
Padres, hermanos o hijos	Registro Civil de Nacimiento
Esposo (a)	Registro Civil de Matrimonio*
Pareja (unión libre)	Declaración Extrajuicio de Convivencia* firmada por solicitante y testigo + Registro de Nacimiento en caso de tener
Vigencia máxima de 3 meses	
NOTA: La vigencia sólo aplica para los documentos identificados con la viñeta.	

- Si el suceso ocurrió en otra institución, certificado de defunción del paciente.