

	NOMBRE		CÓDIGO
	SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA		18-FT-006
	TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO	VERSIÓN 005
	FORMATO	APOYO	

SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

1. Si usted es el paciente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Formato de solicitud de historia clínica.

2. Si usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del autorizado.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del paciente.
- Formato de solicitud de historia clínica.
- Carta formal **notariada** especificando **(1)** Autorización de entrega de historia clínica a familiar o tercero. **(2)** Motivo de la solicitud de la historia clínica y **(3)** Firma de persona solicitante (paciente) y persona autorizada.

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

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar o representante legal solicitante.
- Fotocopia del documento de identidad del menor de edad.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento donde conste el parentesco como Padre/Madre o Declaración extrajuicio (según el caso) que lo acredite como representante legal (ej: madre sustituta) del menor.
- Formato de solicitud de historia clínica. Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

4. Si usted es un familiar de un paciente fallecido, debe anexar:

- Se podrá solicitar por medio de Derecho de petición (especificando motivo de la solicitud y parentesco), Superintendencia Nacional de Salud, juzgados, fiscalías y por aseguradoras adjuntando copia de póliza donde se certifique el derecho que tiene la aseguradora a ver la historia clínica.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar solicitante.
- Copia del Certificado de Defunción.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento, Matrimonio o Declaración de Extrajuicio (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Formato de solicitud de historia clínica.

5. Si usted es un familiar de un paciente en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental o física), debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del solicitante
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del paciente.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento, Matrimonio o Declaración de Extrajuicio (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.
- Si el solicitante no puede contar con el certificado médico, debe anexar Declaración de Extrajuicio manifestando dicha imposibilidad y especificando cual es la incapacidad del titular de la historia clínica.
- Formato de solicitud de historia clínica.
- Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

6. Si usted es un familiar de un paciente que está hospitalizado, debe:

- Acercarse al área de archivo o al SIAU.
- Diligenciar formato de solicitud de historia clínica.
- Si el paciente esta consiente, solo debe anexar fotocopia de cédula de ciudadanía o documento de identidad del paciente.
- Si el paciente esta inconsciente, se debe anexar fotocopia de cédula de ciudadanía o documento de identidad del paciente.
- Fotocopia de cédula de ciudadanía del familiar solicitante.
- Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco (en este caso el personal de archivo o SIAU debe confirmar el estado clínico del paciente con el médico del servicio).

7. Si la historia es solicitada por Autoridades Judiciales, de Salud u otras Entidades, se tienen las siguientes opciones:

- Mediante carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud
- Mediante correo institucional (quien solicita) dirigido a correo siau@socimedicos.com, especificando en el asunto: Solicitud de Historia Clínica.
- Mediante página web www.ipsclinicasanrafael.com/historia-clinica diligenciando el formulario con correo corporativo o a través de correos certificados.



NOMBRE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA		CÓDIGO 18-FT-006
TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO APOYO	VERSIÓN 005

Pereira, Risaralda

Clínica San Rafael

Formato de Solicitud de Historia Clínica

- Fecha de solicitud: _____ Hora: _____
- Apellidos: _____
- Nombre(s): _____
- Documento de identidad: _____ De: _____
- Correo electrónico (personal): _____ Entidad (EPS): _____
- Fecha de atención médica: _____
- Motivo por el cual solicita:

Manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por la institución a través del área del SIAU no la haré pública, se maneja con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva del mismo. Manifiesto utilizar la copia de la historia clínica solo para los motivos expresos anteriormente. Exonero a la institución de toda responsabilidad por el manejo que se le dé a la información suministrada. Autorizo el uso de tratamiento de datos personales de acuerdo a las políticas disponibles por SOCIMEDICOS S.A.S; así mismo autorizo el envío de la copia de historia clínica al correo electrónico suministrado en caso de necesitarlo por medio digital.

Recibí de la Institución copia de lo solicitado en:

N° _____ folios

N° _____ Cds.

Firma de solicitante: _____

Funcionario quien entrega: _____