

 Clínica Centenario Colombia JN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD	SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	Código: GA-GD-HC-FR-01
	GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 3-2023

Instrucciones: Diligenciar con letra clara y legible en los espacios correspondiente

FECHA DE SOLICITUD: Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLINICA

Nombres: _____ Apellidos: _____

Tipo de documento de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ P.E. ☐ No. _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

DOCUMENTOS SOLICITADOS: Copia de historia Clínica ☐ Epicrisis ☐ Laboratorios ☐ Imágenes Dx. ☐

FECHA DE LA ATENCIÓN: **Desde:** Día _____ Mes _____ Año _____
Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____

RESPUESTA A SOLICITUD POR PARTE DE LA CLÍNICA: Solicitud aprobada: ☐ Solicitud negada: ☐

En caso de no ser el titular quien retira la copia de la historia clínica, favor hacer firmar por el titular.

LA LEY 23 DEL 18 DE FEBRERO DE 1981 O LA LEY DE ETICA MEDICA, EN EL CAPITULO III, EN EL ARTICULO 34 INDICA A LA LETRA "La historia clinica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que unicamente puede ser conocido por terceros previa autorizacion del paciente o en los casos previstos por la ley"

LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DESCRIBE TEXTUALMENTE " ARTICULO 13: Custodia de la historia clínica. El prestador podra entregar copia de la historia clinica al usuario o a su representante legal"

Titular de la historia clínica (Paciente) Firma: _____ Nombre: _____ No. Documento: _____	Persona autorizada por el titular de la historia clínica Firma: _____ Nombre: _____ No. Documento: _____
---	--

Funcionario de clínica que autoriza o niega solicitud Firma: _____ Nombre: _____ Cargo: _____	Recibido a conformidad (Titular o persona autorizada por este) Firma: _____ Nombre: _____ No. Documento: _____ Fecha: DD MM AAAA No. De Folios: _____
---	--