

	<b>ESTADISTICA</b>		CODIGO: E-ET-FO-01					
			VERSIÓN: 1.0					
FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA		FECHA DE APROBACIÓN: 16/01/2019						
CIUDAD:			FECHA	D	M	A		
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>								
NOMBRES Y APELLIDOS								
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.	CC		CE	PA	TI	RC	NUMERO:	
FECHA DE LA ATENCIÓN						<b>HUELLA</b>		
DIRECCIÓN								
TELÉFONO								
CORREO								

Para realizar este tramite por correo electronico, debe: Hacer llegar el presente formato diligenciado y sus anexos al correo: [historiaclinica@correo.esehospitalguaviare.gov.co](mailto:historiaclinica@correo.esehospitalguaviare.gov.co). Por lo cual autorizo el envio de la copia de la historia clinica al correo electronico suministrado y certifico que corresponde a mi cuenta y me responsabilizo de la custodia de la historia clinica.

#### Autorización a terceros.

La entrega de historia clínica a un tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella. La ESE Hospital San Jose del Guaviare entregará la historia solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de la veracidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante.

<b>INFORMACIÓN DE TERCEROS</b>							
NOMBRES Y APELLIDOS							
CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL		FAMILIAR	PARENTESCO			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.	CC		CE	PA	NUMERO:		
MOTIVO DE LA SOLICITUD						<b>HUELLA</b>	
DIRECCIÓN							
TELÉFONO							
CORREO							

*"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" Resolución 1995 de 1999.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TERCERO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Para dar trámite a la solicitud se requiere anexar la siguiente documentación según el caso:

**Solicitud directa del paciente:** Copia de documento de identidad del paciente.

**Solicitud por terceros (familiar o representante legal):** Copia del documento de identificación del autorizado, Carta de autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella y copia del documento de identificación del paciente.

**Solicitud para Menores de edad:** Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento del menor, registro civil donde conste el parentesco o documento legal que lo acredite como representante legal del menor de edad.

**Paciente Fallecido:** Copia del documento de identificación del solicitante, copia del certificado de defunción del fallecido y registro civil de matrimonio o declaración extra juicio, donde conste el parentesco.

**Paciente inconsciente:** Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento de identificación del paciente y registro civil de matrimonio o declaración extra juicio, donde conste el parentesco.

\*Reclame la(s) copia(s) en tres (03) días hábiles posterior a la entrega de esta solicitud.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL GERENTE