DD MM AAAA

1. Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificado(a) con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito copia de mi historia clínica \_\_\_\_\_\_\_\_, o copia de historia clínica del menor de edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_, o copia de la historia clínica del paciente discapacitado \_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha de atención \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Autorizo entregar copia de la historia clínica a un tercero

**Diligenciar únicamente en casos que aplique y adjuntar carta y fotocopia del documento de identidad del usuario y del autorizado.**

Autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma autorizado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\*Se tomará huella en caso de no poder firmar.***

Reclame la copia física a los 3 días hábiles de diligenciada esta solicitud. De no ser reclamada en el mes siguiente será́ destruida.

*“La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregada al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona discapacitada se entregará al responsable o representante legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).*

3. Autorización envió por e-mail

Autorizo el envío de la copia de la historia clínica, al correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acepto la normatividad vigente, y garantizo la custodia de la historia clínica enviada por este medio.

4. Negación

Le informamos que la historia clínica solicitada no puede ser entregada, ya que dicha solitud no cumple con los requisitos legales vigentes.

No la solicita el titular \_\_\_\_\_\_\_\_

No la solicita el responsable del menor de edad \_\_\_\_\_\_\_\_

No presenta autorización del titular \_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificado con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_