



SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA

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).

DATOS DEL PACIENTE

_____		<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> R.C.	<input type="checkbox"/> T.I.	_____	_____
APELIDO(S) Y NOMBRE(S)		DOC. DE IDENTIDAD			NÚMERO	
_____			_____			
TELÉFONO(S) DE CONTACTO			FECHAS DE CONSULTA DE LA HISTORIA			

MOTIVO DE LA SOLICITUD

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Para validar incapacidad frente a empleador | <input type="checkbox"/> Solicitud personal del usuario | <input type="checkbox"/> Para valoración medica particular |
| <input type="checkbox"/> Por solicitud de Institución Educativa | <input type="checkbox"/> Para gestionar la pensión | <input type="checkbox"/> Por cambio de EPS |
| <input type="checkbox"/> Por solicitud de ARL | <input type="checkbox"/> Por solicitud de Famisanar EPS | <input type="checkbox"/> Por solicitud de la Secretaria Distrital de Salud |
| <input type="checkbox"/> Por solicitud del Ministerio de la Protección Social | <input type="checkbox"/> Por solicitud de la Superintendencia de Salud | <input type="checkbox"/> Por solicitud de profesional medico para establecer enfermedad profesional |

DATOS DEL AUTORIZADO

_____	<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> T.I.	_____	_____	_____
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL AUTORIZADO	NÚMERO DOC. IDENTIDAD		TELÉFONO(S) DE CONTACTO	PARENTESCO	

AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO*

CORREO ELECTRÓNICO

Certifico que es un cuenta de correo propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica.

Recuerde que cada folio impreso tiene un valor de 100 pesos, en ese orden de ideas, autoriza la impresión de todos los folios que se generen a partir de su solicitud? Si ___ No ___

Si su solicitud incluye más de 30 folios, desea que la historia clínica sea entregada en un CD, con un valor unico de 2.000 pesos? Si ___ No ___

_____	_____
FIRMA PACIENTE	FIRMA DE AUTORIZADO

- MOTIVO DE NEGACIÓN**
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es solicitada por un tercero autorizado | <input type="checkbox"/> No presenta la documentación completa | <input type="checkbox"/> Las fechas de las atenciones solicitadas, no corresponden a las fechas en historia clínica. |
|---|--|--|

Valor a Pagar \$

Aprobado: Jefe Sección Mercadeo Salud. Versión: 1

07-07-2007 F: 6009

CERTIFICADO DE RADICACIÓN (desprendible para el solicitante)

_____		<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> T.I.	_____
APELIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL AUTORIZADO		NÚMERO DOC. IDENTIDAD		
PERSONA AUTORIZADA PARA RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	
APELIDO(S) Y NOMBRE(S) DE TERCERO AUTORIZADO		NÚMERO DOC. IDENTIDAD		
_____	_____	_____		
D M A	D M A	FUNCIONARIO QUE RADICA		
FECHA DE RADICACIÓN		FECHA DE ENTREGA		

NOTA IMPORTANTE: EL COSTO DE LOS FOLIOS GENERADOS POR CONCEPTO DE LA IMPRESIÓN DE LA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA, SERA ASUMIDO POR EL PACIENTE POR UN VALOR DE \$100 POR HOJA, ENTREGA 3 DÍAS HÁBILES.

Aprobado: Jefe Sección Mercadeo Salud. Versión: 1

07-07-2007 F: 6009