

	NOMBRE		CODIGO
	SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA		18-FT-006
	FORMATO	DE APOYO	VERSION 4

## 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](mailto:siau@socimedicos.com), especificando en el asunto: Solicitud de Historia Clínica.
- Mediante correos certificados.



Pereira, Risaralda

Clínica San Rafael

**Formato de Solicitud de Historia Clínica**

- Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_
- Apellidos: \_\_\_\_\_
- Nombre(s): \_\_\_\_\_
- Documento de identidad: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_
- 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.*

Recibí de la Institución copia de lo solicitado en:

N° \_\_\_\_\_ folios

N° \_\_\_\_\_ Cds.

Firma de solicitante: \_\_\_\_\_

Funcionario quien entrega: \_\_\_\_\_