**AUTORIZACIÓN**

**SOLICITUD Y RECIBO A CONFORMIDAD COPIA DE HISTORIA CLINICA**

Señores

Registros Médicos

Clinica Universidad de La Sabana

Fecha: \_\_, \_\_, \_\_\_

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con número de documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de (parentesco) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito copia de la historia clínica del

Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con documento de identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha requeridas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESUMIDA** **COMPLETA**   **EPICRISIS**

Syciproh Hosvital

PHD

Carpeta en Físico PIR

Carpeta en Físico Hospitalización

Exámenes de Laboratorio

Imágenes Diagnosticas

Motivo solicitud Historia Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien verifica los requisitos en el anverso de la solicitud y entrega la historia clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recibo de conformidad:**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°. De documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Folios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **en CD** **Impresas HC digitales**  **Fotocopias HC física**

Se recuerda que una vez acceda al material clínico, por ser este clasificado como reservado por la Ley 23 de 1981 que señala que la historia clínica "Es un Documento privado, sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley", de acuerdo con el Decreto 3380 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999, del Ministerio de Salud, usted debe garantizar la misma reserva ante terceros no facultados para acceder a su conocimiento.

**REQUISITOS PARA SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS**

**Titular**

Documento de identificación original.

Diligenciar Planilla de entrega de Historia clínica.

**Terceros Autorizados y Aseguradoras**

Copia del documento de identificación del autorizado

Copia del documento de identificación del paciente.

Una  carta de autorización en la cual debe especificar las razones de la petición de la H.C., firmada por el paciente y la persona autorizada.

Diligenciar formato de recibo a conformidad

Autorización de la Aseguradora

**Pacientes con Alteración Cognitiva**

Copia documento de identificación del solicitante.

Copia documento de identificación del paciente.

Copia de la documentación que lo acredite como representante legal, cuidador o parentesco (registro civil de nacimiento o Partida de matrimonio).

Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.

Diligenciar formato de recibo a conformidad

Sentencia Judicial de Interdicción

**Pacientes Fallecidos**

Copia del documento del solicitante.

Copia del documento del fallecido.

Copia del Certificado de Defunción del fallecido.

Registro civil de nacimiento y/o Matrimonio donde conste el parentesco

Extrajuicio de convivencia, según el caso.

Diligenciar formato de recibo a conformidad

**Pacientes Menores de edad**

Copia documento de identificación del solicitante.

Copia  del documento de identidad del menor.

Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento).

Diligenciar formato de recibo a conformidad.