

<b>UNIMAP E.U.</b>	SOLICITUD DE INFORMACION DE HISTORIA CLINICA	Revisión: 02 Fecha: 2018-01-02
DEPARTAMENTO DE GESTION DE CALIDAD	FO.HC.001	Página: 1 de 2

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Datos del Usuario:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

No de Identificación: \_\_\_\_\_ No Celular \_\_\_\_\_

Motivo de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Historias Clínicas Solicitadas \_\_\_\_\_

Reclame o reciba la(s) copia(s) en cinco (05) días hábiles posterior a la entrega o envío de esta solicitud.

**Datos del Solicitante:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ N° Identificación: \_\_\_\_\_

Parentesco (si es un familiar o tercero): \_\_\_\_\_ N° Celular: \_\_\_\_\_

**\*Recuerde adjuntar la fotocopia de su documento de identidad**

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

\*Solicito y autorizo que la historia clínica, me sea enviada a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

\*Por favor Diligenciar de manera legible y completa la dirección de correo electrónico.

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica a través de dicho canal electrónico.

**Negación:**

Le informamos que la Historia Clínica solicitada por usted no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes. **Marque con una equis (X)**

- a.  No la solicita el paciente.
- b.  No la solicita el responsable del menor de edad o paciente incapaz.
- c.  No presenta autorización del paciente o titular.

***“Usted ha recibido fiel copia de la Historia Clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. NO PODRÁ SER PÚBLICA Sentencia T-338 2009”.***

***“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 un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999)”.***

***En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregara quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es Casado, hermanos si es soltero) o civil (esposo(a) o compañero(a) permanente).***

***“La entrega de historia clínica a un familiar o tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella. UNIMAP 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>UNIMAP E.U.</b>	SOLICITUD DE INFORMACION DE HISTORIA CLINICA	Revisión: 02 Fecha: 2018-01-02
DEPARTAMENTO DE GESTION DE CALIDAD	FO.HC.001	Página: 2 de 2

SEGUIMIENTO					
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:		
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:		
Documentación completa		Aprobación		Nº de folios	
SI	NO	SI	NO		

### REQUISITOS SOLICITUD DE INFORMACION DE HISTORIAS CLINICA

TIPO DE SOLICITANTE	DOCUMENTO
USUARIO	Formato FO.AC.001 diligenciado
	Copia del documento de identificación del usuario
PADRE O ACUDIENTE MENOR DE EDAD	Formato FO.AC.001 diligenciado
	Documento legal que acredite al solicitante como padre o acudiente autorizado
	Copia del documento de identificación del usuario
	Copia del documento de identificación del solicitante
TERCEROS AUTORIZADOS	Formato FO.AC.001 diligenciado
	Autorización
	Copia del documento de identificación del usuario
	Copia del documento de identificación del solicitante
FAMILIAR (PADRES, HIJOS Y CÓNYUGE) DE USUARIO FALLECIDO O NO ESTÁ EN CONDICIONES FÍSICAS Y/O MENTALES PARA AUTORIZAR	Formato F.O.AC.001 diligenciado
	Acta de defunción o constancia de incapacidad física y/o mental expedida por el médico tratante
	Documento legal que acredite pertenecer al núcleo familiar del usuario (Padres, Hijos y Cónyuge o compañero/a permanente)
	Copia del documento de identificación del usuario
	Copia del documento de identificación del solicitante
AUTORIDADES JUDICIALES Y DE SALUD EN LOS CASOS PREVISTOS POR LA LEY	Formato FO.AC.001 diligenciado
	Oficio indicando el propósito para el cual se solicita la información
	Documentos que soporten la solicitud
FUNCIONARIOS DE UNIMAP E.U.	Formato FO.AC.001 diligenciado

Nota: La persona que recibe la solicitud registra en el cuadro de seguimiento; el nombre, fecha, si está completa la documentación y firma.