

|                                                                                   |                                       |          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|------------|
|  | JURÍDICA                              | CÓDIGO:  | JU-FOR-04  |
|                                                                                   |                                       | VERSIÓN: | 01         |
|                                                                                   | FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA | FECHA:   | 15/03/2019 |
|                                                                                   |                                       | PÁGINA:  | 1 de 1     |

Sincelejo, \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado con

CC ☐ PA ☐ CE ☐ Número: \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_

Solicito copia de historia clínica de \_\_\_\_\_ identificado con

CC ☐ PA ☐ CE ☐ Número: \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_.

Parentesco del solicitante: Padre o madre ☐ Hijo(a) ☐ Compañero(a) ☐ Es un Tercer(a) ☐

**\*En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar sentencia judicial.**

Fecha de la hospitalización o atención de la que requiere copia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Esta historia clínica es solicitada con el fin de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**\*Como interesado garantizo que realizo esta solicitud para hacer uso de la historia clínica específicamente para satisfacer las razones expuestas anteriormente.** ☐

A continuación, señale registra la documentación aportada por solicitante según el caso:

| Nº  | REQUISITOS APORTADOS                                                                                                                                                                         |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1.  | Documento de identificación original del paciente.                                                                                                                                           |  |
| 2.  | Copia del documento de identidad del paciente.                                                                                                                                               |  |
| 3.  | Carta de autorización firmada por el paciente y por la persona autorizada.                                                                                                                   |  |
| 4.  | Documento de identificación original del solicitante.                                                                                                                                        |  |
| 5.  | Copia del documento de identificación del menor de edad.                                                                                                                                     |  |
| 6.  | Copia de la documentación que lo acredite como representante legal.                                                                                                                          |  |
| 7.  | Carta de autorización a tercero firmada por los padres o representante legal.                                                                                                                |  |
| 8.  | Copia de documentos de identificación de los padres o representante legal.                                                                                                                   |  |
| 9.  | Documento de identificación original del autorizado.                                                                                                                                         |  |
| 10. | Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido.                                                                                                |  |
| 11. | Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio o juramentada de convivencia según el caso, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el paciente. |  |
| 12. | Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.                                                                                                  |  |
| 13. | Copia de la cédula de ciudadanía del solicitante.                                                                                                                                            |  |
| 14. | Formato institucional de solicitud de historia clínica diligenciado.                                                                                                                         |  |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

CC.: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_ DIR.: \_\_\_\_\_

**Recibido:**

Fecha de entrega: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ N° de folios entregados: \_\_\_\_\_

Nombre de quien

Recibe: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_