



FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE  
HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO:	HC-RG-004
FECHA DE APROBACIÓN:	15/09/2015
VERSIÓN NO.4	15/09/2015

CIUDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Señores:  
**FRACTURAS Y FRACTURAS CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A.S.**  
Atn. Archivo de Historias Clínicas  
Pereira

*"La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregada al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona discapacitada se entregará al responsable o representante legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley". (Resolución 1995 de 1999)*

1. Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con N° \_\_\_\_\_ ;  
en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, solicito:

- Copia de mi Historia Clínica
- Con autorización en mano, copia de historia clínica del paciente: \_\_\_\_\_ Id N° \_\_\_\_\_
- Copia de Historia Clínica del menor de edad: \_\_\_\_\_ Id N° \_\_\_\_\_
- Copia de Historia Clínica paciente con discapacidad: \_\_\_\_\_ Id N° \_\_\_\_\_
- Copia de Historia Clínica paciente fallecido: \_\_\_\_\_ Id N° \_\_\_\_\_ \*Para pacientes fallecidos solicitar información sobre documentos a entregar para continuar con el trámite.
- Copia de Historia Clínica del Paciente: \_\_\_\_\_ Id N° \_\_\_\_\_, Lo anterior para trámites legales, por lo cual adjunto al presente documento la solicitud de la entidad encargada.

Fecha de Atención: \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

Nota: Para la entrega de historia clínica a un tercero, se debe adjuntar carta de autorización firmada por el paciente titular, su fotocopia del documento de identificación y fotocopia documento de identificación del autorizado.

**2. Autorización**

Autorizo el envío de la copia de mi Historia Clínica al correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Acepto la normatividad vigente, y garantizo la custodia de la historia clínica enviada por este medio.**

**3. Negación**

Le informamos que la Historia Clínica no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes:  
\_\_\_\_ No la Solicita el titular      \_\_\_\_ No la Solicita el responsable del menor de edad

**4. Entrega Historia Clínica**      Fecha Entrega Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de quien entrega la Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de quien Recibe la Historia Clínica: \_\_\_\_\_

\*Se tomará huella en caso de no poder firmar