

 FRACTURAS Y FRACTURAS CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	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