



## SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

**Código:**  
ARC-05-02-V5

**Vigente desde:**  
2018-06-07

**Página:**  
Página 1 de 2

Puerto Colombia, \_\_\_\_\_

**Señores:**  
**Clínica Portoazul.**  
**Referencia: Solicitud de Historia Clínica**

Por medio del presente solicito copia de Historia Clínica del paciente:

\_\_\_\_\_

Con documento de identidad Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Motivo por el cual está solicitando la copia de Historia Clínica

\_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Solicitado en CD \_\_\_\_\_ en copias \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo del solicitante**

N°. De identificación: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

➤ **ESPACIO PARA ÁREA DE ARCHIVO**

Entregada por: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega de la historia clínica:  
\_\_\_\_\_

Numero de folios: \_\_\_\_\_

Valor a cancelar: \_\_\_\_\_

Recibida por: \_\_\_\_\_  
Nombre legible

## JUSTIFICACIÓN Y REQUISITOS DE SOLICITUD HISTORIA CLINICA

### RESOLUCION 1995 DE 1999

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

### ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud. (Auditor Medico)
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

### REQUISITOS PARA SOLICITAR HISTORIA CLINICA

**PACIENTE**: Presentar documento de Identidad y diligenciar formato de solicitud el cual se lo entregaran en Archivo.

**FAMILIAR AUTORIZADO**: Debe diligenciar el formato de autorización a terceros el cual se lo entregaran en Archivo, con la copia de documento de identidad y copia del documento de identidad del Paciente.

**La autorización debe estar firmada en original por el paciente y huella del paciente.**

**MENORES DE EDAD**: La solicitud puede ser firmada por los dos padres o el tutor según sea el caso, anexando copia de documento de identidad de cada uno de ellos.

**PACIENTE FALLECIDO**: La esposa debe presentar registro de matrimonio en caso de unión libre. Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido. Tiempo de entrega será de 5 días a partir de la recepción de la solicitud. Las copias tienen un valor de \$200 pesos cada hoja.

### Horario de Atención:

Lunes a viernes:

8:00 am - 12:30 P.M

2: 00 pm - 6: 00 pm

**LUGAR**: Archivo ubicado en el segundo piso ala sur.