

	FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA POR TERCERO	Código: GPS-FT-15
		Versión: 01
	Proceso: Gestión de prestación de servicios	Página: 1 de 2
		Fecha: 15/08/2024

Solicitud: ☐ Autorización a un tercero ☐ Incapacidad o declarado interdicto
☐ Historia clínica del paciente fallecido

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de Solicitud: DD MM AA **Tipo y Documento de Identidad:** _____
Nombres y apellidos: _____
Solicito copia de la historia clínica completa ☐ o parcial ☐ del día _____ de la
atención por el profesional _____
Esta historia la requiero con el fin de: _____

AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA A UN TERCERO.

Yo _____ identificado (a) con Documento de
identidad N.º _____ autorizo a _____
_____ identificado con Documento de identidad N.º _____ de
_____ en calidad de _____ para que solicite y reclame mi historia
clínica. Manifiesto mi compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su
confidencialidad y reserva.
*“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).*

AUTORIZACIÓN ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA POR E-MAIL. (campo obligatorio)

Autorizo sean enviados los soportes de historia clínica enunciados con anterioridad al correo
electrónico: _____
“Acepto la normatividad vigente, y garantizo la custodia de la historia clínica enviada por este medio”

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Firma del paciente _____

Documento Identidad N.º: _____

Firma del Autorizado: _____

Documento Identidad N.º: _____



**Huella digital del
paciente**



**Huella digital del
autorizado**

	FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA POR TERCERO	Código: GPS-FT-15
		Versión: 01
	Proceso: Gestión de prestación de servicios	Página: 2 de 2
		Fecha: 15/08/2024

- Copia Cédula de ciudadanía del paciente y de la persona autorizada
- Soporte que acredite el parentesco (registro civil si es hijo o padre, registro de matrimonio si es el cónyuge, registro civil si es hermano).

Si el paciente es un menor de edad:

- Tarjeta de identidad si es mayor de 7 años, o registro civil de nacimiento si es menor de 7 años,
- Registro civil de nacimiento, donde se establezca el parentesco o documento que lo acredite como representante legal del menor.
- Cédula de ciudadanía de los padres o representante legal.
- Formato de solicitud de la historia clínica.

Solicitud de historia clínica de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad o es declarado interdicto

- Certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- Registro civil de nacimiento, donde se evidencie el parentesco para hijos o padres o el registro civil de matrimonio o la declaración que acredite que es compañero (a) permanente o documento que lo acredite como representante legal del menor.
- Cédula de ciudadanía del paciente y de los padres o de los hijos o del cónyuge, en caso de ser un menor de edad mayor de 7 años tarjeta de identidad, o menor de 7 años registro civil de nacimiento
- En caso de interdicción, la sentencia de interdicción y copia de la cédula del curador

Solicitud de historia clínica parcial o total paciente fallecido

Solamente podrá solicitar copia de la historia un familiar en primer grado de consanguinidad, quienes tendrán que adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia de documento de identidad del paciente y del solicitante
- Fotocopia del certificado de defunción
- Original del registro civil de nacimiento, donde se evidencia el parentesco para hijos o padres fallecidos, o el registro civil de matrimonio, o la declaración que acredite que era compañero o compañera permanente del fallecido.