

	<b>MEINTEGRAL S.A.S</b>		<b>Código:</b> M-HC-FT-SECHC-TV-4	
	<b>FORMATO</b>		<b>Versión:</b> 3.0	<b>Año:</b> 2023
	<b>SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA</b>		<b>Página:</b> 1 de 1	

<b>MEINTEGRAL S.A.S</b>		
<b>FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA</b>		

Ciudad:	Fecha:	Hora:
---------	--------	-------

<b>1. DATOS DEL PACIENTE</b>
------------------------------

Nombre y Apellidos:	
Documento de Identificación:	Asegurador:
Dirección:	Nro. Teléfono:
Motivo de la solicitud (EPS, Seguro de vida, Incapacidad, Autorizaciones, Hospitalización, Medicina Legal, otros)	
Fecha de la Atención requerida:	

<b>2. DATOS DEL SOLICITANTE (DILIGENCIAR SOLO PARA SOLICITUDES DE TERCEROS FACULTADOS)</b>
--

Nombre y Apellidos:	Nro. Identificación:
Parentesco:	Teléfono:

<b>3. AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO</b>
--

Solicito y autorizo para que la Historia Clínica me sea enviada a través de la siguiente dirección de correo electrónico: email: _____ @ _____ Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizó de la custodia de la Historia Clínica, a través de dicho canal electrónico.
--

<b>4. REQUISITOS SEGÚN TIPO DE SOLICITANTE</b>
--

<b>PACIENTE</b>		<b>PADRE, HIJO O CONYUGUE DE PACIENTE</b>	
Solicitud escrita		Solicitud escrita	
Fotocopia del documento de identidad		Fotocopia del documento de identidad	
<b>FAMILIAR O TERCERO AUTORIZADO POR EL PACIENTE</b>		Fotocopia del documento de identidad del paciente	
Solicitud escrita		Fotocopia de registro civil de nacimiento donde se evidencie parentesco	
Fotocopia del documento de identidad		Fotocopia del registro civil de matrimonio o declaración extra-juicio (< 30 días)	
Fotocopia del documento de identidad del paciente		Fotocopia de certificado médico en caso de incapacidad	
Autorización escrita (Autenticada)		Fotocopia del certificado de defunción	

<b>5. NEGACIÓN</b>
--------------------

Le informamos que la Historia solicitada por usted, no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes.
a. _____ No la solicita el paciente b. _____ No presenta documento de identidad c. _____ La información suministrada no corresponde

<b>6. ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>
--

Recibí conforme: _____ Nro. Documento: _____
Nro. de Historia entregada: _____ Entregó: _____
Fecha: _____ Hora: _____

*Usted ha recibido fiel copia de la historia clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. NO PODRÁ SER PÚBLICA. Sentencia: T338 de 2009. "La Historia Clínica es un documento legal, por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999)". En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregara a quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (espos(a) o compañero(a) permanente) con copia del certificado de defunción.*