

Envigado, _____ de _____ del _____

Mayor.

LEONARDO ESPINAL GRANADA

Director Clínica de la Policía Regional Valle de Aburrá (E)

Envigado.

Cordial Saludo

De manera atenta y respetuosa Yo _____
Identificado (a) con cedula de ciudadanía N° _____ de _____
solicito copia historia clínica de:

TITULAR	TERCEROS	MENOR	FALLECIDO	DISCAPACITADO
---------	----------	-------	-----------	---------------

Nombre del titular de la historia clínica: _____
Numero de documento: _____ de _____

SELECCIONE UNA OPCION	
- Copia completa	: <input type="checkbox"/>
- Último mes	: <input type="checkbox"/>
- Ultima atención medica	: <input type="checkbox"/>
- Número(s) del evento:	_____
- Fecha de atención solicitada:	____/____/____

La copia historia clínica es requerida para: _____

Entiendo que con la presentación de esta solicitud me comprometo a no hacer público el contenido de esta, a fin de dar cumplimiento a la constitución política, en cuanto al derecho a la intimidad, igualmente a mantener toda reserva, manifiesto que el contenido de la información será utilizada únicamente para satisfacer las razones que motivaron la petición y es de mi pleno conocimiento que no es posible hacer circular los datos obtenidos cuando estos comprometen la intimidad la honra o buen nombre del paciente. Por tanto relevo de toda responsabilidad a la entidad por cualquier mal uso que de la información obtenida pueda hacer.

- Resolución 1995 de 1999 "Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica".
- Artículo 34 Ley 23 de 1981, "Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica".
- Instructivo 014 DISAN - AGESA-70 del 8 de agosto de 2014 manejo y archivo de historias clínicas física y sistematizada en los establecimientos de sanidad policial.
- Artículo 24 Ley 1755 de 2015 "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición".

ANEXOS PARA LA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

TITULAR:

- Copia cedula y carnet policial (en una sola hoja).
- Cedula de ciudadanía original para reclamar.

TERCEROS:

- Autorización especial (autenticación), firmada por el usuario y por la persona autorizada.
- Copia cedula y carnet policial del titular de la historia (en una sola hoja).
- Copia del cedula de la persona autorizada.
- Cedula de ciudadanía original persona autorizada para reclamar historia.

MENOR DE EDAD: CERO (0) A DIECISIETE (17) AÑOS:

- Copia registro civil de nacimiento del menor.
- Copia cedula de ciudadanía de los padres o documento que lo acredite como representante legal del menor.
- Cedula de ciudadanía original persona autorizada para reclamar la historia.

FALLECIDO:

- Copia certificado de defunción.
- Copia registro civil de nacimiento del fallecido y copia cedula de ciudadanía padres.
- Copia acta matrimonial que acredite parentesco con el titular de la historia clínica.
- Cedula de ciudadanía original para reclamar.

DISCAPACITADO:

- Copia acta de Interdicción.
- Copia cedula y carnet policial del titular de la historia y de la persona autorizada (en una sola hoja).
- Cedula de ciudadanía original para reclamar.

NOTA:

- El día que reclame su historia clínica debe traer un CD para grabarla.

	FIRMA Y CÉDULA	TELÉFONO
solicitante	x	x
Firma Director Clínica de la Policía	Vo.Bo _____ Mayor. LEONARDO ESPINAL GRANADA	
Firma funcionario archivo clínico que entrega	CODIGO _____	
Firma y cedula quien recibe		