Envigado, de del 202		
Señor(a). Director(a) Clínica de la Policía Regional Valle de Aburrá. Envigado.		
Cordial Saludo.		
De manera atenta y respetuosa solicito copia historia clínica de:		
Numero de documento: de		
TITULAR TERCEROS MENO	DR FALLECIDO DISCAPACITADO	
SELECCIONE UNA OPCION		
Copia completa: Úl	Itimo mes:	
Ultima atención medica: Número(s) del evento:		
Fecha de atención solicitada:/		
ANEXOS PARA SOLICITAR Y RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA		
<ul> <li>TITULAR: <ul> <li>Copia cedula y carnet policial (en una sola hoja).</li> <li>Para reclamar cedula de ciudadanía original.</li> </ul> </li> <li>TERCEROS: <ul> <li>Autorización especial (autenticación), firmada por el usuario y por la persona autorizada.</li> <li>Copia cedula y carnet policial del titular de la historia (en una sola hoja).</li> <li>Copia cedula de la persona autorizada.</li> <li>Para reclamar cedula de ciudadanía original persona apoderada.</li> </ul> </li> <li>MENOR DE EDAD: CERO (0) A DIECISIETE (17) AÑOS: <ul> <li>Copia registro civil de nacimiento del menor.</li> <li>Copia cedula de ciudadanía de los padres o documento que lo acredite como representante legal del menor.</li> <li>Para reclamar cedula de ciudadanía original persona apoderada.</li> </ul> </li> </ul>	<ul> <li>FALLECIDO: <ul> <li>Copia certificado o acta de defunción.</li> <li>Copia registro civil de nacimiento del fallecido y copia cedula de ciudadanía padres.</li> <li>Copia acta matrimonial que acredite parentesco con el titular de la historia clínica.</li> <li>Para reclamar cedula de ciudadanía original persona apoderada.</li> </ul> </li> <li>DISCAPACITADO: <ul> <li>Copia certificado o acta de Interdicción.</li> <li>Copia cedula y carnet policial del titular de la historia y de la persona autorizada (en una sola hoja).</li> <li>Para reclamar cedula de ciudadanía original persona apoderada.</li> </ul> </li> <li>NORMATIVIDAD <ul> <li>Articulo 34 Ley 23 de 1981</li> <li>Articulo 24 Ley 1755 de 2015</li> <li>Resolución 1995 de 1999</li> </ul> </li> </ul>	
La copia historia clínica es requerida para:		
NOTA:		
<ul> <li>EL DÍA QUE RECLAME LA HISTORIA CLÍNICA DEBE TRAER UN CD PARA GRABARLA.</li> <li>RECLAMAR 48 HORAS DESPUÉS DE RADICADA LA SOLICITUD Y TIENE 10 DÍAS PARA RECLAMAR LA HISTORIA CLÍNICA.</li> </ul>		
FIRMA:	CEDULA:	
TELEFONO:	CORREO:	

N° S- 2020-	/ ESPCO – GUSAP 1.10	
Envigado, de	e del 202	
Señor (a).		
CC.		
Asunto: Respuesta s	solicitud historia clínica.	
historia clínica y veri se le hace entrega d	ificando los documentos aportados	r que de acuerdo a su solicitud para la entrega de la s; según la ley 594 del 2000 y resolución 1995 de 1999 n las atenciones médicas recibidas en el Subsistema de la petición.
únicamente para sa posible hacer circula	tisfacer las razones que motivaron or los datos obtenidos cuando estos relevo de toda responsabilidad a	ifiesto que el contenido de la información será utilizada n la petición y es de su pleno conocimiento que no es s comprometen la intimidad, la honra o buen nombre de la entidad por cualquier mal uso que de la informaciór
Lo anterior teniendo	en cuenta su solicitud a la Clínica	de la Policía Regional Valle de Aburrá.
Atentamente,		
Director(a) Clínica de	e la Policía Regional Valle de Aburi	rá.
( )	G	
Firma funcionario Clínico que entreg		
Cimico que entreg	a.	CODIGO
Firma y cedula quien recibe la historia clínica.		

Carrera 43<sup>a</sup> 48 c sur - 45 Envigado Teléfono: 3396616

meval.cliva-his@policia.gov.co www.policia.gov.co