

Código: HSR-GIH-IMI-P02-F04

Versión: 02

20230103-00001



HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL

Tip: Radicado Entrada - Hora: 07:06  
Dependencia: 200 SUBDIRECCIÓN OPE  
Radicado Por: Jerson David

Fecha: 3-01-23

1. Yo, Carolina Garcia

Solicito copia de mi Historia Clínica ☒ de un menor de edad ☐ discapacitado ☐ fallecido ☐

Identificado con ☐ No. 65820589 Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de atención 07-2022 Especialidad Ginecología

Dirección y Telefonos de contacto Vereda patio bonito 3105800309

Para que la Solicita, (Motivo) llevar al medico

## 2. Autorizo entregar copia de la Historia Clínica

Diligenciar únicamente en casos que aplique y adjuntar carta y fotocopia del documento de identidad del usuario y del autorizado.

Autorizo a \_\_\_\_\_ Identificado con ☐ \_\_\_\_\_

Firma Solicitante Carolina Garcia Firma Autorizado \_\_\_\_\_

V°B° Oficina Jurídica \_\_\_\_\_ V°B° Subdirector Operativo \_\_\_\_\_

\*Se tomará huella en caso de no poder firmar.

**Reclame la copia física a los 10 días hábiles de diligenciada esta solicitud. De no ser reclamada en el mes siguiente sera destruida.**

"La Historia Clínica es un documento intimo, privado y 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 entregara a los padres o representante legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).

## 3. Autorización

Autorizo el envío de la copia de la Historia Clínica, al siguiente correo electrónico:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Acepto la normatividad vigente y garantizo la custodia de la Historia Clínica enviada por este medio.**

## 4. Negación

Le informamos que la Historia Clínica solicitada no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes.

1. No la solicita el titular ☐

2. No la solicita el responsable del menor de edad ☐

3. No presenta autorización del titular ☒

**HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.**

**REQUISITOS PARA EL TRAMITE DE COPIAS DE HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.**

**SI LA SOLICITUD ES REALIZADA POR EL PACIENTE DEBE PRESENTAR:**

- Su documento de identificación original.
- Carta de solicitud firmada por el paciente donde especifique qué parte de la historia clínica necesita y su finalidad, o diligenciar formato Solicitud de Historia clínica.

**SI LA SOLICITUD ES REALIZADA POR UN FAMILIAR O TERCERO AUTORIZADO POR EL PACIENTE DEBE PRESENTAR:**

- El documento de identificación original de la persona autorizada
- Copia del documento de identidad del paciente
- Una carta de autorización donde especifique qué parte de la historia clínica necesita y su finalidad, o diligenciar el formato Autorización a terceros.

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, EL TRÁMITE LO DEBEN REALIZAR LOS PADRES O REPRESENTANTE LEGAL, DEBEN PRESENTAR:**

- Su documento de identificación original
- Copia de documento de identificación del menor
- Copia del documento que lo acredite como padre, madre o representante legal (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal)
- Una carta de solicitud firmada por los padres o representante legal, o el formato Solicitud de Historia clínica.

**PACIENTES FALLECIDOS O PACIENTES QUE NO SE ENCUENTREN EN CONDICIONES DE AUTORIZAR A SUS FAMILIARES POR SU ESTADO DE SALUD MENTAL Y FÍSICO DEBE PRESENTAR:**

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 (esposo(a) o compañero(a) permanente).

- Su documento de identificación original.
- La documentación actualizada que demuestre la relación de parentesco con el paciente fallecido (copia registro civil de nacimiento, matrimonio).
- Copia del registro civil de defunción. (NO aplica a pacientes fallecidos en el Hospital).
- Una carta de solicitud firmada por los padres o representante legal, o el formato Solicitud de Historia clínica.

**PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS**

Si usted viene a una atención por consulta externa o Urgencias y requiere copia de la historia clínica la puede solicitar una vez termine su atención, en la Oficina de Atención al Usuario.

“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 T-338 2009”. La responsabilidad de la veracidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
65820589

NUMERO

GARCIA

APELLIDOS

CAROLINA

NOMBRES

Carolina Garcia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1977

FLANDES  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-MAY-2001 FLANDES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO



P-2905200-63097443-F-0065820589-20011129 0044201333H 01 119971364