

## Solicitud de Copia o Impresión de Historia Clínica

Fecha de Solicitud	Tipo de Historia Clínica Médica <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/>	Unidad de Atención que brinda la Información	Persona o Institución que recibe la Información
--------------------	---	--	---

### I. Datos del Afiliado

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de Nacimiento Día    Mes    Año
Dirección de Residencia				Ciudad de Residencia

### II. Solicitud del Afiliado

Yo \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_  
solicito una copia de mi Historia Clínica del período comprendido entre el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ y el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_  
año \_\_\_\_\_, por motivo de \_\_\_\_\_

### III. Autorización a Terceros

Autorizo a \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ para solicitar la copia o  
impresión de mi Historia Clínica previa presentación de la copia de mi documento de identidad y el del autorizado.

“La Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del Usuario o en los casos previstos por la Ley”. (Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, Artículo 1).

“La custodia de la Historia Clínica estará a cargo del Prestador de Servicios de Salud, quién podrá entregar copia de la Historia Clínica al Usuario o a su Representante Legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes” ( Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, Artículo 13)

*Una vez conocido lo anterior y en forma consciente y voluntaria, autorizo la copia o impresión de mi Historia Clínica para trámites personales o ante Instituciones.*

<p>_____</p> <p>Firma del Afiliado</p>	<p>_____</p> <p>Firma del Autorizado</p>
--	--

### IV. Constancia de Entrega (Para uso exclusivo de quien atiende la solicitud)

Tipo de documento entregado Fotocopia <input type="checkbox"/> Impresión <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/>	<p>_____</p> <p>Firma de quien recibe Nombre:</p>
Folios Cantidad en fotocopias <input type="checkbox"/> Cantidad en Impresión <input type="checkbox"/>	<p>_____</p> <p>Firma de quien entrega Nombre:</p>