



## FORMATO SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

A-TIC-HC-MA-001-PR-001-FO-001 V2 10-12-2024

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En razón de lo anterior.

Yo \_\_\_\_\_ con cédula número \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ en mi calidad de paciente o en representación legal del paciente  
\_\_\_\_\_ identificado con Tipo documento \_\_\_\_\_ N  
\_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_,

voluntariamente en pleno uso de mis facultades, solicito copia de la historia clínica de la atención recibida el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_,  
por el profesional y/o especialidad \_\_\_\_\_ motivo de la solicitud \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_:

Solicito me sea entregada Marque con una X: De manera física \_\_\_\_\_ Por correo electrónico \_\_\_\_\_

Si es por correo relaciónelo a continuación: \_\_\_\_\_

Acepto que para obtener copia de la historia debo adjuntar:

**1.Solicitud realizada por el paciente:**

- Formato de solicitud y entrega de copia de historia clínica debidamente diligenciado.
- Fotocopia de documento de identidad del paciente.

**Solicitud realizada por padre, madre o representante legal de un menor de edad: Adicional al punto 1:**

- Fotocopia del documento de identidad del padre, madre o representante legal en caso de que lo amerite.
- Documento que acredite el parentesco o como representante legal de menor (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como tutor legal)

**Solicitud realizada por un tercero autorizado: Adicional al punto 1:**

- Documento de identidad original y copia del tercero
- Carta de autorización expresa del paciente para la solicitud de copia de historia clínica por un tercero.

**Solicitud realizada por Familiar en primer grado de consanguinidad y/o afinidad o representante legal de paciente mayor en estado de incapacidad o inconciencia: Adicional al punto 1:**

- Copia de documentación que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica o su representación legal (Registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio).
- Certificado médico que evidencie el estado de inconciencia o incapacidad físico o mental
- Copia del documento de identidad del familiar solicitante.

**-Este formato se debe diligenciar y radicar junto con la totalidad de los soportes de manera física en las instalaciones de Cecimin o en el siguiente correo electrónico: [archivocecimin@colsanitas.com](mailto:archivocecimin@colsanitas.com)**

Firma: \_\_\_\_\_

Tipo y numero de documento de identidad: \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

---

**Espacio para diligenciamiento de entrega:**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Tipo y numero de documento de identidad: \_\_\_\_\_

Fecha de recibido: \_\_\_\_\_

---

**Espacio para diligenciamiento personal de archivo:**

Numero de folios entregados: \_\_\_\_\_