



FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE FALLECIDO

A-TIC-HC-MA-001-PR-001-FO-002 V001 10-12-2024

Reserva legal de la historia clínica Resolución 1995 de 1999, señala: "Artículo 1.- 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. Art.14 Res.1995 De 1999 1) El usuario.2) El Equipo de Salud.3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.4) Las demás personas determinadas en la ley. En razón de lo anterior,

Yo _____ con cédula número _____ de _____ solicito copia de historia clínica del paciente _____ identificado el tipo de documento Cedula de ciudadanía ____ Registro civil ____ Tarjeta de identidad ____ otro ____ Número _____ quien falleció en la fecha ____/____/____

En mi calidad de padre o madre ____ Hijo (a) ____ Esposo (a) ____ Compañero (a) ____
En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

La copia de historia clínica es solicitada con el fin de: _____

Solicito copia de historia clínica:

Fecha de atención ____/____/____

Solicito la entrega de la copia en medio: Físico _____ Digital _____ enviada al siguiente correo electrónico:

_____.

Acepto que para obtener copia de la historia clínica se debe presentar documento de identidad Original del solicitante, copia de documentación que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (Registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio) y copia de registro civil de defunción.

Firma del solicitante _____

Firmo a los ____ días del mes de _____ del año _____.

-Este documento se debe diligenciar junto con los soportes se podrán radicar en físico en las instalaciones de Cecimin o en el siguiente correo electrónico: **archivocecimin@colsanitas.com**

Espacio para diligenciamiento en la entrega:

Firma _____
Tipo y número de documento de identidad _____
Parentesco _____
Fecha de recibido _____

Espacio para diligenciamiento personal de archivo:

Numero de folios entregados: _____