

FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA			
Código: HC-FR-001	Versión: 1.0	Vigencia: ____/____/____	Página 1 de 1

1. DATOS DEL SOLICITANTE

☐ Titular

☐ Padre/Madre

☐ Tercero autorizado

Nombre completo: _____

Documento: ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ Pasaporte ☐ Otro ____ No. _____

Correo electrónico: _____

2. INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

☐ Consulta Externa

☐ Consulta Prioritaria/Urgencias

Tipo de Usuario: ☐ Particular ☐ Medicina Prepagada ☐ ARL ☐ Seguro

Entidad: _____ Fecha Historia(s): _____

Médico tratante: _____

3. SOLICITUD

☐ Copia completa de la historia clínica

☐ Resumen de historia clínica

Motivo: _____

4. AUTORIZACIÓN A TERCERO (si aplica)

Nombre: _____ Documento: _____

5. DOCUMENTOS ANEXOS

☐ Copia documento del titular ☐ Documento del autorizado ☐ Soporte de representación (si aplica)

DECLARACIÓN

Declaro que la información suministrada es veraz. La historia clínica es un documento privado sometido a reserva legal. Su acceso y entrega se realiza conforme a la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y demás normas aplicables.

Firma del solicitante	Firma de quien recibe

Uso Exclusivo De La Institución y/o medico independiente.

Fecha de recepción: _____ Fecha de entrega: _____

Observaciones: _____