

FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

Av. Calle 127 #21-60 · Consultorio 101D · Clínica Reina Sofía
☎ 601 742 9295 WhatsApp: 311 5065297
✉ ostraumalda@gmail.com

Código: HC-FR-001
Versión: 1.0
Vigencia: __/__/____

Página 1 de 1

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Tipo de solicitante:

☐ Titular

☐ Padre/Madre

☐ Tercero autorizado

Nombre completo: _____

Tipo de documento:

☐ CC

☐ CE

☐ TI

☐ Pasaporte

☐ Otro _____

Número: _____

Correo electrónico: _____

2. INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Tipo de consulta:

☐ Consulta Externa

☐ Consulta Prioritaria / Urgencias

Tipo de usuario:

☐ Particular

☐ Medicina Prepagada

☐ ARL

☐ Seguro

Entidad: _____

Fecha(s) de historia: _____

Médico tratante: _____

3. SOLICITUD

Tipo de documento solicitado:

☐ Copia completa de la historia clínica

☐ Resumen de historia clínica

Motivo:

4. AUTORIZACIÓN A TERCERO (si aplica)

Nombre del autorizado: _____

Tipo y N° Documento: _____

5. DOCUMENTOS ANEXOS

☐ Copia del documento del titular

☐ Soporte de representación (si aplica)

☐ Documento del autorizado

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 MÉDICO INDEPENDIENTE

Fecha de recepción: _____

Fecha de entrega: _____

Observaciones: _____