



**FORMATO PARA SOLICITUD DE
HISTORIAS CLÍNICAS Y ANEXOS**

CÓDIGO: FR-GMCHC-01

VERSIÓN: 06

**PROCESO: Gestión Médico Científico
SUBPROCESO: Archivo e Historias Clínicas**

F. EMISIÓN: 10/10/2024

F. VIGENCIA: 10/10/2027

Fecha de solicitud: DD - MM – AAAA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE:

Nombres y apellidos _____ C.C. _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Ultimo Año de atención: _____ Fallecido: ____ Hospitalizado: _____

2. ¿QUÉ SOLICITA?:

- Historia clínica
- Exámenes médicos
- Patologías
- Radiología
- Incapacidades
- Otros: _____ Cuales: _____

3. MOTIVO DE LA SOLICITUD:

4. DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA (si lo requiere):

Nombre y apellidos: _____

Parentesco _____ Teléfono: _____

5. AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO:

- SI** _____
- NO** _____

Certifico que es una cuenta de correo propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica.

FIRMA QUIEN SOLICITA: _____

REQUISITOS:

PACIENTE: Fotocopia de cedula

PACIENTE INCAPACITADO: Fotocopia de cédula del paciente y del autorizado, autorización por notaria.

PACIENTE FALLECIDO: Acta de defunción, Fotocopia de cédula del paciente, registro civil donde refleje relación, Fotocopia de cédula del solicitante.

FAMILIAR DEL PACIENTE O AUTORIZADO: Acreditar relación con el mismo por medio de registro civil o una autorización por notaria, fotocopia de cédula de autorizado y del paciente.

NOTA: Entrega de historia clínica, exámenes, patologías, radiología, incapacidades y otros, 5 días hábiles / Historia clínica con antigüedad mayor a 5 años ,se entrega en 10 días hábiles. La entrega se realiza solo en CD (sin costo)

Horario de SOLICITUD Y ENTREGA de Historias Clínicas 7:00am a 12:00 m - 1:00pm a 5:00pm.

FECHA DE ENTREGA: _____ **FIRMA QUIEN RECIBE:** _____

"Este formato podrá ser manejado de forma física y digital".

Elaboró	Révisó
Auxiliar de Archivo	Director Médico Científico