

	SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLINICA	Versión 05
		Fecha de Vigencia 2024-07-31 Pagina 1 de 1
IPS		

Fecha de solicitud	DD	MM	AAAA
---------------------------	----	----	------

La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de esta o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de menor de edad o de una persona con incapacidad, esta se entregará al responsable, representante legal del paciente o autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).

Una vez conocido lo anterior y en forma consciente y voluntaria autorizo a la IPS Comfamiliar Atlántico para que entregue resumen o copia de mi historia clínica.

1. Datos del Paciente							
Nombres y Apellidos							
Documento de Identidad		Teléfono					
Correo electrónico							
Servicio		EPS					
Fecha de consulta de la Historia							
Autorizo expresamente a IPS Comfamiliar Atlántico, para el envío de la copia de mi historia clínica al correo electrónico que se relaciona en esta solicitud.			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">SI</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	SI		NO	
SI		NO					
2. Datos de quien solicita la historia clínica (se diligencia en caso de que no sea el paciente el que realice la solicitud sino un tercero):							
Nombres y Apellidos							
Documento de Identidad		Parentesco					
Dirección		Teléfono					
3. Motivo de la Solicitud (Marcar con una X)							
Para validar incapacidad frente a empleador	<input type="checkbox"/>	Solicitud personal del usuario	<input type="checkbox"/>				
Por solicitud de Institución Educativa	<input type="checkbox"/>	Para gestionar la pensión	<input type="checkbox"/>				
Por solicitud de ARL	<input type="checkbox"/>	Por solicitud de la EPS	<input type="checkbox"/>				
Por solicitud del Ministerio de la Protección Social	<input type="checkbox"/>	Por solicitud de la Superintendencia de Salud	<input type="checkbox"/>				
Para valoración médica particular	<input type="checkbox"/>	Por cambio de EPS	<input type="checkbox"/>				
Por solicitud de la Secretaría Distrital de Salud	<input type="checkbox"/>	Por solicitud de profesional médico para establecer enfermedad profesional	<input type="checkbox"/>				
4. Autorización							
Nombre y apellidos del solicitante	Firma	Nombre y apellidos del tercero	Firma				
5. Entrega de historia clínica							
Recibido por:		Entregado por:					
Nombre y Apellidos	Firma	Nombre y Apellidos	Firma				
Fecha de entrega	DD	MM	AA				

MOTIVO DE LA NEGACION (Marcar con una X):

- No es solicitada por un tercero autorizado
- No presenta la documentación completa
- Las fechas de las atenciones solicitadas, no corresponden a las fechas en historia clínica