

	SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLINICA	Versión 4
	IPS	Fecha de vigencia: 2023-02-01

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

La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma 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	
Servicio		EPS	
Fecha de consulta de la Historia			
2. Datos de quien solicita la historia clínica (se diligencia en caso de que no sea el paciente el que realice la solicitud):			
Nombres y Apellidos			
Documento de Identidad		Parentesco	
Dirección		Teléfono	
3. Motivo de la Solicitud (Marcar con una X)			
<input type="checkbox"/>	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 Secretaria Distrital de Salud	<input type="checkbox"/>	Por solicitud de profesional médico para establecer enfermedad profesional
4. Autorización			
Nombre y apellidos del solicitante	Firma	Nombre y apellidos del autorizador	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