

Ciudad, departamento, país:

Fecha:

I. SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA

Yo, _____, identificado con _____ No. _____

voluntaria y en pleno uso de mis facultades, solicito copia de mi historia clínica _____ del menor _____ identificado

con _____ No. _____ discapacitado _____ identificado con _____ No. _____

Parentesco: _____ Fecha de atención: _____ Telefono contacto: _____

Firma: _____

Según sea el caso: titular, menor de edad o discapacitado, marque con una X en espacio en blanco.

Huella

II. AUTORIZACIÓN ENTREGA COPIA DE HISTORIA CLINICA A UN TERCERO

Yo, _____, identificado con C.C. No. _____ voluntaria y

en pleno uso de mis facultades autorizado a sr(a): _____, identificado con C.C. No. _____

para que a mi nombre retire fotocopia de mi historia clínica, que reposa en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO.

Firma solicitante: _____ Huella del solicitante: _____

Firma Autorizado: _____

Huella

III. SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA, CUANDO EL TITULAR ES FALLECIO:

Yo, _____, identificado con C.C. No. _____

voluntaria, en pleno uso de mis facultades y en calidad de: _____ solicito fotocopia de historia clínica del Señor(a):

quien en vida respondió a los Nombres: _____ Apellidos: _____

identificación No. _____ con el fin de (especificar finalidad por la cual solicita copia de la historia clínica):

Firma: _____

Huella

IV. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ENVIO DE COPIA DE LA HISTORIA CLINICA POR CORREO ELECTRONICO

Yo, _____, identificado con _____ No. _____

voluntaria y en pleno uso de mis facultades solicito y autorizo a la Fundación Hospital San Pedro, se envié fotocopia de mi historia

clínica al siguiente correo electronico: _____

acepto la normatividad vigente y garantizo la custodia y confidencialidad de la información contenida en el expediente de historia clínica enviada por este medio.

Firma: _____

Huella

Se deja constancia que la presente autorización se suscribe de manera directa, personal y libre de todo apremio ante la Fundación Hospital San Pedro.

Ver al reverso requisitos.

En este espacio registre si desea fotocopia de todo el expediente de historia clinica o mencione que atención y/o documento requiere :

Espacio para presentación personal ante autoridad competente, para reconocimiento de firma (Notario, Juez, Inspector de Policía) o apostillamiento de autenticación de firma en consulado o embajada:

Espacio para registrar entrega de fotocopia de historia clínica y o tipo de documento:

FECHA:

HORA:

NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE:

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA:

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

NUMERO DE FOLIOS:

FIRMA RECIBE

FIRMA ENTREGA

REQUISITOS

"Teniendo en cuenta la normatividad vigente Colombiana en la protección, confidencialidad de la historia clínica, la Resolución 1995 de 1999 y 839 de 2017, que señala que la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley", y por lo que le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación:

Si es el paciente y/o titular debe presentar:

- Su documento de identificación original, fotocopia y presentación personal ante la dependencia

Si es un familiar de un paciente en estado de incapacidad y mayor de edad inconsciente, con incapacidad mental o física, debe presentar:

- Documento de identificación original y fotocopia del solicitante
- Fotocopia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho del solicitante, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica y grado de consanguinidad
- Certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente. (Si aplica)

Si es un familiar o tercero autorizado por el paciente y/o titular debe presentar:

- Su documento de identificación original y fotocopia de documento
- Fotocopia del documento de identificación del paciente
- Presentación personal ante ente competente, para reconocimiento de firma (Notario, Juez, Inspector de Policía), apostillamiento en embajada o consulado, dicha presentación debe quedar registrada en hoja anexa al presente formato, en caso del titular privado de la libertad deberá entregar documento que acredite la condición en origina.

Si es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe presentar:

- Su documento de identificación en original y fotocopia
- Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).

Si Usted es un familiar de un paciente fallecido debe presentar:

- Su documento de identificación original y fotocopia
- Fotocopia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración extrajuicio según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica y grado de consanguinidad
- Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido. (Si aplica por paciente fallecido en fhsp)

TENER EN CUENTA

La documentación presentada se anexara a la historia clínica del paciente, con el fin de soportar así la entrega de la información solicitada.

El formato diligenciado, debe radicarse en la unidad de correspondencia de la Fundación Hospital San Pedro, anexando los documentos solicitados como requisito, para cada caso y la fotocopia sera entregada en la misma dependencia 48 horas hábiles posteriores a su radicación, a excepción de la fotocopias autenticadas que seran entregadas 10 días hábiles posteriores a la radicación.

La entrega de copia de historia clínica se realizara: Personal y por medios electrónicos si es el titular, luego de haber realizado la entrega de la solicitud en soporte físico, original y anexando los requisitos correspondientes, según sea el caso.

El formato de solicitud de copia de historia clínica, puede ser descargado a través de la página web del hospital: www.hospitalsanpedro.org, link atención al usuario - Historia clínica, a fin de evitar su retiro en la Coordinación de Gestión Documental de la Fundación Hospital San Pedro

La copia de historia clínica se entregara en fotocopia, impresa, en CD y correo electrónico, en máximo dos días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud.

El costo de la copia de la historia clínica deberá ser cancelados en la caja de facturación de urgencias, según tabla de valores estipulada por la Institución.

SI PRESENTA ALGUNA DUDA AL MOMENTO DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO, FAVOR SOLICITE EXPLICACIÓN AL TRABAJADOR QUE SE LO SUMINISTRO, VIA TELEFONICA AL NUMERO 7336000 EXT. 106,212,215,398 o al correo electronico gestióndocumental@hospitalsanpedro.org

En caso de encontrarse fuera de la ciudad de Pasto, Nariño, los documentos deben hacerse llegar en físico a la dirección de correspondencia: calle 16 con Cra.43 esquina, Fundación Hospital San Pedro, Unidad de correspondencia, en caso de ser requerida la entrega mediante correo electrónico, deberá diligenciar el formato en el ítem específico y solo será enviada al correo electrónico del titular.