

 	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	Código: FR-GSI-06
		Versión: 02
	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA	Fecha: 04/08/2026
		Página: 1 de 2

Fecha de la Solicitud	DÍA		MES		AÑO	
1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
NOMBRE (S)		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN
						CN RC TI CC CE
NÚMERO DE IDENTIFICACION		TELÉFONO/CELULAR			DIRECCIÓN	
2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:						
Diligenciar este espacio en los casos en que el solicitante de la copia de historia clínica NO sea directamente el paciente.						
NOMBRE (S)		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN
						TI CC CE
NÚMERO DE IDENTIFICACION	TELÉFONO/CELULAR			PARENTESCO		
¿El titular de la historia clínica falleció? SI _____ NO _____						
¿El titular de la historia clínica padece una discapacidad? SI _____ NO _____						
¿Qué tipo de discapacidad padece el titular de la historia clínica? FÍSICA _____ MENTAL _____ INCONSCIENTE _____ MULTIPLE _____						
¿El titular de la historia clínica se encuentra en estancia prolongada? SI _____ NO _____						
RECUERDE: Al momento de entregar esta solicitud debe anexar fotocopia de documento de identidad del paciente y del solicitante. En caso de que el titular de la historia clínica haya fallecido o no se encuentre en capacidad de diligenciar la solicitud DEBE anexar registro civil de defunción o documento que demuestre su relación de parentesco.						
3. INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD						
¿Requiere la Historia Clínica completa? Sí _____ No _____						
Si su respuesta fue no, usted requiere la Historia Clínica Parcial _____						
¿Qué requiere de su Historia Clínica?						
¿Cuáles?						
4. AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA A UN TERCERO:						
La entrega de historia clínica a un familiar o tercero requiere <u>autorización del paciente</u> , anexando copia de los documentos de identidad del titular de la historia clínica y de la persona autorizada para su entrega.						
Autorizo a: _____ Identificado con Documento de Identidad Numero: _____						
Firma Solicitante: _____ Firma Autorizado: _____ Huella						
4. MOTIVO DE LA SOLICITUD						
Solicito y autorizo que la historia clínica sea enviada a través de la siguiente dirección de correo electrónico:						
Declaro que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica entregada a través de dicho canal electrónico.						
Firma del solicitante: _____ Documento de Identidad: _____ Huella						
5. ESPACIO PARA LA ENTREGA DE COPIA DE LA HISTORIA CLINICA AUXILIAR DE ARCHIVO:						
Entrega: Física : _____ Numero de Folios: _____ Digital: _____						
Fecha de entrega: _____ Hora: _____ Nombres y Apellidos de Quien Entrega: _____						
Envíe el formato diligenciado y los documentos de soporte de pendiente del solicitante al correo. archivo@clinicardiopabon.com						

Abreviaturas: C.N: Certificado de nacido vivo, RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de identidad, C.C: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de extranjería.

 	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	Código: FR-GSI-06
		Versión: 02
	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA	Fecha: 04/08/2026
		Página: 2 de 2

Control de Cambios del Documento		
Versión	Fecha	Descripción de Actividades
01	30/03/2026	Creación del documento
02	04/08/2026	Se adiciona huella en el ítem de autorización para entrega de historia clínica a un tercero, se adiciona el punto 5 espacio para la entrega de copia de la historia clínica al auxiliar de archivo, se adicionan abreviaturas.