

Por respeto a su derecho a la intimidad, de acuerdo con la ley vigente y con el ánimo de proteger la confidencialidad de la información personal y la reserva de la historia clínica, Hemato Oncólogos S.A le solicita diligenciar el siguiente formato a través del cual usted solicita copia de su historia clínica o parte de ella.

**SOLICITUD**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_ n° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ solicito copia de mi historia clínica derivada de la atención del día: dd/mm/aaaa realizada por el Médico: \_\_\_\_\_ Esta solicitud la realizo para: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

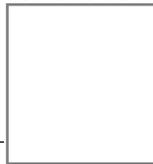
La historia clínica es un documento privado que deber ser tratado por Hemato Oncólogos S.A de manera confidencial y secreta, que solo puede ser conocido por terceros previa autorización escrita del paciente. Por esto le solicitamos diligenciar la siguiente información con la cual usted autoriza a un tercero para que reclame en su nombre y representación copia de su historia clínica.

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_ n° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo a: \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_ n° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_ para reclamar copia de mi historia clínica derivada de la atención del día: dd/mm/aaaa realizada por el Médico: \_\_\_\_\_ esta solicitud la realizo para: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

**Esta solicitud debe acompañarse de los siguientes documentos:**

- \_\_\_ Fotocopia del documento de identidad del usuario y de la persona autorizada para reclamar la copia.
- \_\_\_ Si el paciente ha fallecido, la Historia Clínica solo se entregará a quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (esposo(a) o compañero(a)). Para esto debe adjuntar registro civil de defunción del paciente, documento que acredite el parentesco y copia documento identidad de la persona que realiza la solicitud.

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_



Huella Digital del paciente

**Firma del Tercero autorizado:** \_\_\_\_\_



Huella Digital del Tercero

Hemato Oncólogos S.A. entregará la copia de la historia clínica solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de la veracidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante. Esta solicitud debe ser radicada con la Coordinadora de Atención al Usuario ubicada en el segundo piso Hemato Oncólogos S.A. El valor de la copia de cada página de la historia clínica es de \$100 que se cancelan en el Primer piso Atención al Usuario y dicha copia física será entregada en 3 días hábiles, presentando el recibo de pago.

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA COORDINACIÓN DE ATENCIÓNN AL USUARIO**

La historia clínica solicitada corresponde a: Notas Medicas de Evolución \_\_\_ Quimioterapia \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ para un total de \_\_\_ páginas, por las que el usuario cancela el valor de \$ \_\_\_\_\_

**Solicitud Recepcionada:** dd/mm/aaaa Recibida por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**Solicitud Analizada:** dd/mm/aaaa Visto Bueno de: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**ENTREGA**

Usted ha recibido fiel copia de la Historia Clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud.

**Copia entregada por:** \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha entrega: dd/mm/aaaa

**Copia recibida por:** \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**MOTIVOS DE NEGACIÓN**

Le informamos que la copia de la historia clínica solicitada no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumplió los siguientes requerimientos: \_\_\_\_\_

Enterado: \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: dd/mm/aaaa