	FORMATO DE SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA	Código: TR20-F-10
		Versión: 05
		Fecha: 18/02/2020
CONTROL COPIAS: COPIA CONTROLADA	ESTADO: VIGENTE	Pág. 1 de 1

Por respeto a su derecho a la intimidad, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 (Art.34) – Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) y la Ley 1581 del 2012 de protección de datos, 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.

Autorizo a: _____ identificado con _____ n° _____ de _____ parentesco _____ para reclamar copia de mi historia clínica.


Autorizo el envío de mi historia clínica por correo electrónico SI NO al siguiente correo: _____

Firma del Solicitante: _____

 Huella Digital del paciente

Firma del Tercero autorizado: _____

 Huella Digital del Tercero

Esta solicitud debe ser radicada con la Coordinadora de Atención al Usuario ubicada en el segundo piso de Hemato Oncólogos S.A. quien entregará la copia de la historia clínica solicitada en 3 días hábiles.

	FORMATO DE SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA	Código: TR20-F-10
		Versión: 05
		Fecha: 18/02/2020
CONTROL COPIAS: COPIA CONTROLADA	ESTADO: VIGENTE	Pág. 1 de 1

Por respeto a su derecho a la intimidad, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 (Art.34) – Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) y la Ley 1581 del 2012 de protección de datos, 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.

Autorizo a: _____ identificado con _____ n° _____ de _____ parentesco _____ para reclamar copia de mi historia clínica.


Autorizo el envío de mi historia clínica por correo electrónico SI NO al siguiente correo: _____

Firma del Solicitante: _____

 Huella Digital del paciente

Firma del Tercero autorizado: _____

 Huella Digital del Tercero


Esta solicitud debe ser radicada con la Coordinadora de Atención al Usuario ubicada en el segundo piso de Hemato Oncólogos S.A. quien entregará la copia de la historia clínica solicitada en 3 días hábiles.

	FORMATO DE SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA	Código: TR20-F-10
		Versión: 05
		Fecha: 18/02/2020
CONTROL COPIAS: COPIA CONTROLADA	ESTADO: VIGENTE	Pág. 1 de 1

El valor de la copia de cada página de la historia clínica es de \$200, en caso de que la historia clínica contenga más de 10 folios, deberá ser entregada en CD, el cual tiene un valor de \$2000, que se cancelaran en el primer piso Atención al usuario.

REQUISITOS PARA REALIZAR LA PRESENTE SOLICITUD

EL PACIENTE	FAMILIARES Y/O TERCEROS AUTORIZADOS
<p>El paciente debe diligenciar todos los campos solicitados en el formato "TR20-F-10 Formato de Solicitud Copia de Historia Clínica "</p> <p>Al momento de radicar la solicitud, el paciente debe presentar el documento de identificación original para corroborar los datos registrados.</p>	<p>Al momento de radicar la solicitud, el familiar o el tercero autorizado debe presentar su documento de identificación original para corroborar los datos registrados en la solicitud y adjuntar a la solicitud:</p> <p><i>Copia del documento de identidad del paciente (Cedula de ciudadanía, Cedula de Extranjería o pasaporte)</i></p> <p>En caso de fallecimiento presentar:</p> <p><i>Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido.</i></p> <p><i>Copia del registro civil de nacimiento para acreditar el primer grado de consanguinidad con el titular de la historia clínica (Hijos si es casado, hermanos si es soltero).</i></p> <p><i>Copia del registro civil de matrimonio o declaración extrajuicio para acreditar el parentesco con el titular de la historia clínica (Esposo (a), compañero).</i></p>

	FORMATO DE SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA	Código: TR20-F-10
		Versión: 05
		Fecha: 18/02/2018
CONTROL COPIAS: COPIA CONTROLADA	ESTADO: VIGENTE	Pág. 1 de 1

El valor de la copia de cada página de la historia clínica es de \$200, en caso de que la historia clínica contenga más de 10 folios, deberá ser entregada en CD, el cual tiene un valor de \$2000, que se cancelaran en el primer piso Atención al usuario.

REQUISITOS PARA REALIZAR LA PRESENTE SOLICITUD

EL PACIENTE	FAMILIARES Y/O TERCEROS AUTORIZADOS
<p>El paciente debe diligenciar todos los campos solicitados en el formato "TR20-F-10 Formato de Solicitud Copia de Historia Clínica "</p> <p>Al momento de radicar la solicitud, el paciente debe presentar el documento de identificación original para corroborar los datos registrados.</p>	<p>Al momento de radicar la solicitud, el familiar o el tercero autorizado debe presentar su documento de identificación original para corroborar los datos registrados en la solicitud y adjuntar a la solicitud:</p> <p><i>Copia del documento de identidad del paciente (Cedula de ciudadanía, Cedula de Extranjería o pasaporte)</i></p> <p>En caso de fallecimiento presentar:</p> <p><i>Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido.</i></p> <p><i>Copia del registro civil de nacimiento para acreditar el primer grado de consanguinidad con el titular de la historia clínica (Hijos si es casado, hermanos si es soltero).</i></p> <p><i>Copia del registro civil de matrimonio o declaración extrajuicio para acreditar el parentesco con el titular de la historia clínica (Esposo (a), compañero).</i></p>