

<b>FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA, INFORME QUIRURGICO, CERTIFICADO CASA MEDICA, FURIPS, ESTADO DE CUENTA, DETALLADO DE CUENTA (PERSONA NATURAL).</b>	<b>CÓDIGO R-AU-030</b>
--	----------------------------

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SELECCIONAR EMPRESA:

SELECCIONAR IPS:

**SI AUTORIZA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES Y LOS DE LA PERSONA QUE USTED REPRESENTA DILIGENCIE ESTE FORMATO.**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado (a) y  
residenciado (a) en \_\_\_\_\_, identificado (a) con tipo de documento:

C.C  C.E  PA  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ obrando  
en mi propio nombre o en representación de \_\_\_\_\_, identificado(a) con

tipo de documento:  
 C.C  C.E  PA  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_, No. \_\_\_\_\_ solicito:

- Copia de historia clínica
- Informe quirúrgico
- Detallado de cuenta
- Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- FURIPS
- Estado de cuenta
- Certificado casa médica

Documento (s) que se requiere (n) para el siguiente motivo o propósito:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conozco las restricciones a que tiene lugar el uso de la historia clínica según el artículo 1 y 13 de la Resolución 1995 de 1999.

**Si Usted es el paciente debe presentar:**

- Copia del documento de identificación. No se aceptan contraseñas.
- Formato de autorización para reclamar historia clínica correctamente diligenciado.
- 

**Si Usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad, persona con discapacidad, Un paciente que no se encuentre en condiciones para otorgar autorización o fallecido debe presentar:**

- Copia del documento de identificación. No se aceptan contraseñas.
- Copia del documento de identificación del menor, persona con discapacidad o paciente fallecido. No se aceptan contraseñas.
- Copia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración extra-juicio según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Formato de autorización para reclamar historia clínica correctamente diligenciado por el representante legal del menor y/o discapacitado
- Si el paciente no se encuentra en condiciones físicas o mentales para otorgar autorización debe presentar certificado médico donde se evidencie estado de salud.
- Si el paciente se encuentra fallecido, debe presentar certificado de defunción que lo acredite.

**FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA, INFORME QUIRURGICO,  
CERTIFICADO CASA MEDICA, FURIPS, ESTADO DE CUENTA, DETALLADO DE  
CUENTA (PERSONA NATURAL).**

**CÓDIGO  
R-AU-030**

Soy consciente que para obtener copia de la historia clínica de la persona mencionada debo presentar los requisitos solicitados por la Institución, con la cual garantiza esta entidad la seguridad de la información.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

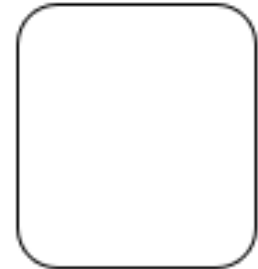
Firma del paciente: \_\_\_\_\_

N° identificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_



Huella

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

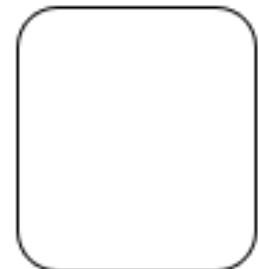
Firma del representante: \_\_\_\_\_

N° identificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_



Huella