

 HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ Empresa Social del Estado NIT. 828.002.304-1	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ E.S.E.	CODIGO:PA-F-01-GIC
	SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	VERSIÓN: 01
	FORMATO	FECHA: 28/04/2025
		Página 1 de 2

Seleccione con una x

DATOS DEL SOLICITANTE

Ciudad y fecha	Tipo de Identificación	sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Genero	
		Seguridad social EPS				
Nombres y Apellidos completos	Numero de Identificación	TIPO DE AFILIACIÓN contributivo <input type="checkbox"/> subsidiado <input type="checkbox"/> especial <input type="checkbox"/> particular				

DATOS DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Historia Clínica Completa	<input type="checkbox"/>	Epicrisis	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ultima atención	<input type="checkbox"/>	Orden medica	<input type="checkbox"/>	Otra
<input type="checkbox"/> Incapacidad	<input type="checkbox"/>	Fecha especifica	cual?	

MOTIVO DE SOLICITUD

SOPORTE DE ENTREGA

<input type="checkbox"/> Físico (Fotocopias)	<input type="checkbox"/>	Medio magnético CD <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico		

Autorizo enviar a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

Por favor Diligenciar de manera legible y completa la dirección de correo electrónico

Correo electrónico:

Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica a través de dicho canal electrónico.

FECHA DE ENTREGA HC	HORA
---------------------	------

AUTORIZACIÓN A TERCEROS

Yo, _____ Con cédula número: _____, de _____, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a: _____ con cédula número: _____, para solicitar y reclamar copia de mi historia clínica del día _____. PARENTESCO DEL SOLICITANTE CON EL PACIENTE: _____

Esta solicitud la realizo con el fin de _____ y me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva. De igual forma, manifiesto bajo la gravedad de juramento que los datos suministrados en este documento son ciertos _____

Número de folios entregados:	
------------------------------	--

FIRMAS

PACIENTE	PERSONA QUIEN SOLICITA	FUNCIONARIO QUIEN ENTREGA

Acepto la política de tratamiento y protección de datos personales y autorizo al Hospital Especial de cubara E.S.E y sus unidades básicas la recopilación de mis datos aquí consignados de acuerdo con la política de privacidad, basado en lo consagrado en la Ley 1581 de 2012, **Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales**. El decreto Reglamentario 1377 de 2013, con concordancia con la Constitución Política de Colombia y demás disposiciones. Resolución del AD-031 de 10 de julio del 2024 del Por la cual se establece la política de tratamiento y protección de datos personales por parte del Hospital Especial de Cúbará E.S.E. SI _____ NO _____

Firma _____

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

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

- ✓ Su documento de identificación original.
- ✓ Formato de autorización debidamente diligenciado.
- ✓ Adjuntar el formato de solicitud diligenciado y firmado junto con los requisitos adicionales al formulario de nuestra página web <https://hospitalespecialcubara.gov.co/historiaclinica/> o directamente en la ventanilla de entrega de historias clínicas del hospital

b) **Si Usted es el padre, madre o tutor de un paciente menor de edad debe presentar:**

- ✓ Su documento de identificación original.
- ✓ Copia del documento de identidad del menor.
- ✓ Copia de la documentación que lo acredite como tutor y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como tutor).
- ✓ Adjuntar el formato de solicitud diligenciado y firmado junto con los requisitos adicionales al formulario de nuestra página web <https://hospitalespecialcubara.gov.co/historiaclinica/> o directamente en la ventanilla de entrega de historias clínicas del hospital

c) **Si Usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente debe presentar:**

- ✓ Su documento de identificación original.
- ✓ Copia del documento de identificación del paciente.
- ✓ Copia del documento que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. (ej.: registro civil de nacimiento, registro de matrimonio, declaración extra-juicio)
- ✓ Una carta de solicitud firmada por Usted donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información sólo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva
- ✓ Diligenciar el formato de solicitud de historia diligenciado y firmado junto con los requisitos al formulario de nuestra página web <https://hospitalespecialcubara.gov.co/historiaclinica/> o directamente en la ventanilla de entrega de historias clínicas del hospital.

Para el caso de solicitudes de aseguradoras previamente autorizadas por el paciente, se debe también allegar:

- ✓ Copia del certificado de existencia y representación legal donde conste la facultad del firmante para solicitar la copia de la historia clínica.
- ✓ Cuando la aseguradora o similar faculte a un tercero, la autorización debe contener de forma específica el nombre del paciente y allegar también copia del certificado de existencia y representación legal donde conste la facultad del firmante para solicitar la copia de la historia clínica. También será válida la certificación de la persona jurídica facultada para que un dependiente suyo proceda a la gestión del documento.
- ✓ La autorización expresa del paciente.

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

- ✓ Su documento de identificación original.
- ✓ Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- ✓ Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- ✓ Una carta de solicitud firmada por Usted donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.
- ✓ Diligenciar el formato de solicitud de historia diligenciado y firmado junto con los requisitos al formulario de nuestra página web <https://hospitalespecialcubara.gov.co/historiaclinica/> o directamente en la ventanilla de entrega de historias clínicas del hospital.

e) **Solicitud de historia clínica de paciente fallecido debe presentar:**

El familiar en primer grado de consanguinidad, afinidad, civil, el o la cónyuge o compañero permanente del paciente fallecido que requiera copia de la historia clínica debe realizar la solicitud anexando los siguientes documentos.

- ✓ Su documento de identificación.
- ✓ Copia del documento que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. (ej: registro civil de nacimiento, registro de matrimonio, declaración extrajuicio)
- ✓ Copia del documento de identidad del fallecido.
- ✓ Copia del certificado de defunción del titular de la historia clínica.
- ✓ Diligenciar el formato de solicitud de historia diligenciado y firmado junto con los requisitos al formulario de nuestra página web <https://hospitalespecialcubara.gov.co/historiaclinica/> o directamente en la ventanilla de entrega de historias clínicas del hospital.