

SOLICITUDES DE LA HISTORIA CLÍNICA

copias y/o correcciones de órdenes, medicamentos, exámenes, etc

Escriba al correo auditoriasalud@colombiacorazon.com, incluya los documentos solicitados a continuación y reciba su respuesta en 3 días hábiles.

1. SI USTED ES EL PACIENTE

Debe anexar:

- CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y/O EXÁMENES, formato No 1 diligenciado y firmado
- Copia de su documento de identificación

2. SI USTED ES AUTORIZADO POR EL PACIENTE

Debe anexar:

- CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y/O EXÁMENES, formato No 2 diligenciado y firmado
- Copia de su documento de identificación del paciente
- Copia de su documento de identificación del autorizado

3. SI USTED ES EL REPRESENTANTE LEGAL DE UN MENOR DE EDAD

Debe anexar:

- CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y/O EXÁMENES, formato No 3 diligenciado y firmado
- Copia de la cédula de ciudadanía del solicitante (representante legal).
- Copia del documento de identificación del menor de edad.
- Copia del Registro Civil donde conste el parentesco o la representación legal, matrimonio o extrajuicio de convivencia, según el caso.

4. SI USTED ES FAMILIAR DE UN PACIENTE FALLECIDO

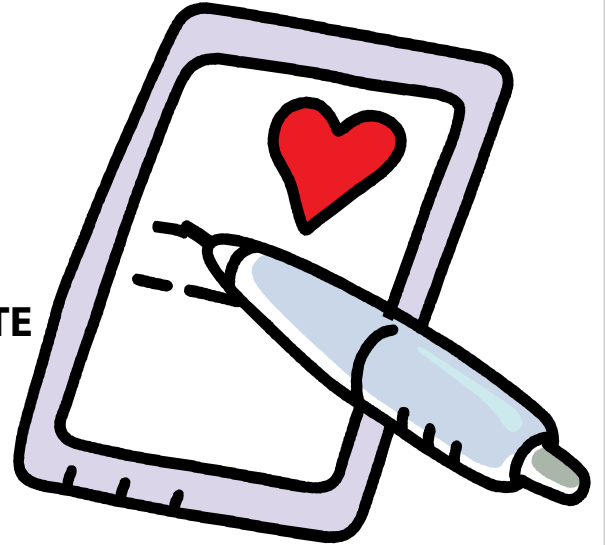
Debe anexar:

- CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y/O EXÁMENES, formato No 4 diligenciado y firmado
- Copia de la cédula de ciudadanía del familiar solicitante.
- Copia del certificado de defunción.
- Copia del registro civil donde conste el parentesco como padre o madre, hijo(a) o compañero(a) permanente, matrimonio o extrajuicio de convivencia, según el caso.

La normatividad colombiana es cautelosa en la protección y confidencialidad de la historia clínica. Ley 23 de 1981 (Art. 34) – Resolución 1995 de 1999 señalan que la Historia Clínica y sus anexos, son documentos privados, sometidos a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley, por lo que le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan anteriormente.



LIGA COLOMBIANA CONTRA
EL INFARTO Y LA HIPERTENSION



1 - CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y/O RESULTADO DE EXAMEN

Fecha ____/____/____

Yo _____, identificado con
 CC CE OTRO No _____, de _____, solicito copia de mi
historia clínica, resultados de mi examen _____ y/o otro _____

Firma del solicitante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Debe anexar : Copia del documento de identificación

Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal". Consulte: Ley 23 de 1981, Res. 1995 de 1999 Res. 839 de 2017

2 - CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y/O RESULTADO DE EXAMEN

Fecha ____/____/____

Yo _____, identificado con CC CE OTRO No _____, de _____, voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s) siguiente(s) personas(s) para solicitar copia de mi historia clínica, resultados de mi examen _____, y/o otro _____

PERSONAS AUTORIZADAS:

Nombre y Apellidos: _____ Documento No: _____

Nombre y Apellidos: _____ Documento No: _____

Firma del solicitante: _____ Firma del autorizado: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico: _____

Debe anexar : Copia del documento de identificación del paciente y del autorizado

Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal". Consulte: Ley 23 de 1981, Res. 1995 de 1999 Res. 839 de 2017

3 - CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y/O RESULTADO DE EXAMEN MENORES DE EDAD

Fecha ____/____/____

Yo _____, identificado con
 CC CE OTRO No _____, de _____, solicito copia de
historia clínica, resultados de mi examen _____ y/o otro _____
_____ del paciente _____
identificado con RC TI OTRO No _____ de _____

Parentesco del solicitante: padre o madre

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

Firma del solicitante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Debe anexar : 1) Copia del documento de identificación del paciente y del autorizado 2) Registro civil donde conste el parentesco. 3) Matrimonio o extrajuicio de convivencia, según el caso.

Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal". Consulte: Ley 23 de 1981, Res. 1995 de 1999 Res. 839 de 2017

4 - CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y/O RESULTADO DE EXAMEN FALLECIDOS

Fecha ____/____/____

Yo _____, identificado con CC CE OTRO No _____, de _____, solicito copia de historia clínica, resultados del examen _____, y/o otro _____ del paciente _____
identificado con CC CE OTRO No _____ de _____ quien falleció en la fecha DD__/MM__/AA____

Parentesco del solicitante: padre, madre, hijo (a), compañero (a)

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

Firma del solicitante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Debe anexar : 1) Copia del documento de identificación del paciente y del autorizado 2) Copia del Certificado de Defunción del fallecido 3) Registro civil donde conste el parentesco. 4) Matrimonio o extrajuicio de convivencia, según el caso.

Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal". Consulte: Ley 23 de 1981, Res. 1995 de 1999 Res. 839 de 2017