

	SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE INCAPAZ	CODIGO: GIE-FO-008
		VERSION: 03
		VIGENCIA: 10/05/2017
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA		

Fecha de la solicitud: DD / MM / AAAA

Seleccione el tipo de incapacidad que padece el titular de la historia clínica:

☐ Mental ☐ Física ☐ Inconsciente

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____, en calidad de ¹ _____ del (la) paciente _____, con documento de identidad número _____, solicito copia de su historia clínica, con el fin de _____.

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva.

Registros solicitados:

☐ Historia Clínica ☐ Imágenes Diagnósticas ☐ Exámenes de laboratorio

Documentos anexos ²:

- ☐ Copia del registro civil de ³ _____ con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- ☐ Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se halla fallecido.
- ☐ Cédula de ciudadanía del solicitante, para acreditarse como interesado

Firma de quien solicita la historia clínica

¹ Madre, padre, hermano, hermana, hijo, hija, cónyuge o compañero permanente

² De acuerdo a lo establecido en la sentencia T-158 A de 2008 y reiterado por las sentencias T-303 de 2008, T- 343 de 2008 y T837 de 2008

³ Nacimiento, matrimonio ó declaración de unión marital de hecho según el caso