



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN
JOSÉ DE MAICAO EN INTERVENCIÓN
NIT. 892.120.115 – 1**

Formato De Solicitud De Historia Clínica
Gestión De Calidad
Sistema De Información Y Atención SIAU

Código: SIAU-PR:001

Versión: 01

Página:1

CIUDAD: _____ **FECHA SOLICITUD: DÍA** _____ **MES** _____ **AÑO** _____

1. DATOS DEL USUARIO:

Nombres y apellidos: _____

Tipo de Identificación: **CC** _____ **CE** _____ **TI** _____ **RC** _____ **NUIP** _____ Número del documento: _____

EPS: _____ Dirección: _____ Teléfono Contacto: _____

2. DATOS DEL SOLICITANTE:

Si es un tercero por favor diligenciar los siguientes datos:

Nombres y apellidos: _____ Parentesco (familiar o tercero): _____

Tipo de Identificación: **CC** _____ **CE** _____ **TI** _____ **RC** _____ **NUIP** _____ Número del documento: _____

EPS: _____ Dirección: _____ Teléfono Contacto: _____

3. HISTORIAS CLÍNICAS SOLICITADAS (favor marque con una "X"):

☐ Atenciones últimos 12 meses

☐ Ultima atención

☐ Ultimas 6 atenciones

☐ Historia completa Fecha específica: _____ Servicios: _____

Motivo detallado de la solicitud (para fallecidos, pacientes en estado de incapacidad y adulto mayor).

4. FORMA DE ENTREGA: Físico (papel) _____ Correo Electrónico _____ Medio magnético _____

Solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través de la siguiente 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.

SOLICITUD VÍA WEB: El usuario podrá descargar el formato de solicitud de historia clínica en la página web institucional www.esesanjosedemaicao.gov Y dirigirse a la institución con los respectivos requisitos según sea el caso.

Firma del solicitante:

"Usted recibirá fiel copia de la Historia Clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. "La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona en condición de discapacidad se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999)". En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregará quien tenga primer grado de consanguinidad.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN
JOSÉ DE MAICAO EN INTERVENCIÓN
NIT. 892.120.115 – 1**

Formato De Solicitud De Historia Clínica
Gestión De Calidad
Sistema De Información Y Atención SIAU

Código: SIAU-PR:001

Versión: 01

Página:2

Señor usuario si usted desea solicitar copia de la historia clínica tenga en cuenta las siguientes recomendaciones y requisitos:

- Acercarse a la oficina de correspondencia y/o Atención al Usuario (SIAU).
- Diligenciar el formulario
- Adjuntar los soportes
- Cancelar el valor de trescientos (\$300) por cada una de las copias de la respectiva historia clínica.
- Si cumple con los requisitos legales, podrá reclamar la historia clínica el mismo día de su solicitud.
- Presentar un correo o medio magnético en el que pueda recibir la historia clínica de manera digital. (Memoria USB- CD)

Si el solicitante es el paciente debe presentar:

- Documento de identificación original
- Diligenciar el formato de solicitud de copia de la historia clínica.

Si el solicitante es un familiar o tercero autorizado por el paciente mayor de edad, debe presentar:

- Documento de identificación original del solicitante.
- Copia del documento de identificación del paciente.
- Poder autenticado.
- Diligenciar el formato de solicitud de copia de la historia clínica.

Si el solicitante es el padre /madre o representante legal de un paciente menor de edad, debe presentar:

- Documento de identificación original del solicitante.
- Copia del documento de identidad del paciente.
- Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o poder legal con fecha de expedición no mayor a 3 meses).
- Diligenciar el formato de solicitud de copia de la historia clínica.

Si el solicitante es un familiar de un paciente fallecido, debe presentar:

- Documento de identificación original del solicitante.
- Copia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio según el caso con fecha de expedición no mayor a 3 meses) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Copia del registro civil de defunción o certificado de defunción, para demostrar que el paciente falleció.
- Motivo detallado de la solicitud de la historia clínica.
- Diligenciar el formato de Solicitud de copia de la historia clínica.

Si el solicitante es un familiar o representante legal de un paciente en estado de incapacidad y mayor de edad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe presentar:

- Documento de identificación original del solicitante.
- Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso) con fecha de expedición no mayor a 3 meses, 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 discapacidad física o mental del paciente o sentencia del juez que falla la interdicción y el poder amplio y suficiente para realizar trámites en su nombre.
- Motivo detallado de la solicitud de la historia clínica.
- Diligenciar el formato de solicitud de copia de la historia clínica.

**Horario de atención para solicitud de historia clínica: lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 am
y de 02:00 a 4:00 pm.**