



Versión: 001

Formato de Solicitud de Historia Clínica Digital

Rehabilitar Ltda. – Sede IPS Nueva Popayán



Fecha: 31-Ene-2020

Página 1 de 2

SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA DIGITAL

La normatividad colombiana es cautelosa en la protección y confidencialidad de la historia clínica. El artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 0839 de 2017 señala que la Historia Clínica es un documento privado, sometido 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 a continuación.

Nombre del Paciente: _____

Documento de Identidad del Paciente: RC TI CC CE Permiso Especial

No de Documento: _____ **Expedido en:** _____

Correo Electrónico para envío de la Historia Clínica: _____

Si usted es el paciente debe adjuntar:

1. Copia de su documento de identidad.	
2. Este formato diligenciado completamente y firmado.	

Si usted es familiar o tercero autorizado de un paciente mayor de edad debe adjuntar:

1. Copia de su documento de identidad.	
2. Copia del documento de identidad del paciente.	
3. Una carta firmada por el paciente donde autoriza al familiar o tercero para solicitar y acceder a su Historia Clínica.	
4. Este formato diligenciado completamente y firmado.	

Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe adjuntar:

1. Copia de su documento de identidad.	
2. Copia del documento de identidad del paciente menor de edad:	
2.1 Para menor entre 0 y 6 años Registro Civil como documento de identidad.	
2.2 Para menor entre 7 y 17 años Tarjeta de Identidad como documento de identidad.	
3. Copia de la documentación que lo acredite como representante legal del menor:	
3.1 Registro Civil de Nacimiento del menor para acreditar parentesco como Padre o Madre.	
3.2 Resolución Judicial o de Autoridad de Familia competente que lo acredite como Representante Legal del Menor.	
4. Este formato diligenciado completamente y firmado.	

Si usted es familiar de un paciente en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe adjuntar:

1. Copia de su documento de identidad.	
2. Copia del documento de identidad del paciente.	
3. Para acreditar parentesco: ¹	
3.1 Como Padre o Madre del Paciente Copia del Registro Civil de Nacimiento del Paciente.	
3.2 Como Hijo o Hija Copia del Registro Civil de Nacimiento del Hijo o Hija del Paciente.	
3.3 Como Cónyuge Copia del Registro Civil de Matrimonio con el Paciente.	
3.4 Como Compañero o Compañera Permanente Copia de la Declaración Extrajuicio.	



Versión: 001

Formato de Solicitud de Historia Clínica Digital

Rehabilitar Ltda. – Sede IPS Nueva Popayán



Fecha: 31-Ene-2020

Página 2 de 2

- | | |
|---|--|
| 4. Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud física o mental del paciente. | |
| 5. Una carta de solicitud firmada por usted donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para la finalidad referida, conservado su confidencialidad y reserva. | |

Si usted es familiar de un paciente fallecido debe adjuntar:

- | | |
|---|--|
| 1. Copia de su documento de identidad. | |
| 2. Copia del Registro Civil de Defunción del paciente. | |
| 3. Para acreditar parentesco: ¹ | |
| 3.1 Como Padre o Madre del Paciente Copia del Registro Civil de Nacimiento del Paciente. | |
| 3.2 Como Hijo o Hija Copia del Registro Civil de Nacimiento del Hijo o Hija del Paciente. | |
| 3.3 Como Cónyuge Copia del Registro Civil de Matrimonio con el Paciente. | |
| 3.4 Como Compañero o Compañera Permanente Copia de la Declaración Extrajuicio. | |
| 4. Una carta de solicitud firmada por usted donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para la finalidad referida, conservado su confidencialidad y reserva. | |

Los documentos mencionados deben ser adjuntados a esta solicitud en formato digital y enviados a la dirección:

historiaclinica@ipsnuevapopayan.com

Al suscribir la presente solicitud, acepto bajo gravedad de juramento que a partir de la fecha en la que reciba la historia clínica, seré el único responsable de la custodia de la misma, liberando a la IPS NUEVA POPAYAN UT / REHABILITAR LTDA. de toda responsabilidad de la custodia, cuidado y conservación del mencionado documento, que consagra el Artículo 13 de la Resolución No 1995 de 1999, del Ministerio de Salud.

Nombre del Solicitante: _____

Calidad del Solicitante: Titular ó Paciente Tercero Autorizado

Familiar Parentesco: _____

Documento de Identidad del Solicitante: TI CC CE Permiso Especial

No de Documento: _____ **Expedido en:** _____

Firma del Solicitante: _____ **Fecha de Solicitud:**

Día	Mes	Año

¹ Conforme a lo establecido por la Sentencia T-837/08 de la Corte Constitucional deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica, ya que la regla establecida sólo es predicable de los familiares más próximos del paciente.