

SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA - PACIENTE FALLECIDO

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

Yo _____,
con documento de identificación N° _____, en calidad de
_____, (padre, madre, hermano (a), hijo (a), cónyuge o
compañero (a) permanente), del (la) paciente
_____, con documento
de identidad N° _____, solicitó 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.

Anexo los siguientes documentos.

- Copia del registro civil de _____ (nacimiento, matrimonio ó 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 registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se halla fallecido.
- Copia documento de identidad del solicitante, para acreditarse como interesado.
- Copia documento de identidad del paciente fallecido

Firma de quien solicita: _____

Dirección: _____

Municipio _____ Barrio _____

Teléfono: _____ Celular _____

Correo electrónico: _____

“Normas para el Manejo de Historias Clínicas “

Resolución 1995 de 1999 (Art. 1)

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.