

Ciudad, departamento, país:

Fecha:

**I. SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

de forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades, solicito copia de:

- Mi historia clínica \_\_\_\_\_
- El menor \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_
- Discapacitado (a) \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Fecha de la atención: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Según sea el caso: titular, menor de edad o discapacitado, marque con una X o complete los espacios en blanco.

Huella

**II. AUTORIZACIÓN ENTREGA COPIA DE HISTORIA CLINICA A UN TERCERO**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con C.C. No. \_\_\_\_\_ voluntaria y en pleno uso de mis facultades autorizado al Sr (a): \_\_\_\_\_, identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ para que a mi nombre retire fotocopia de mi historia clínica, que reposa en el Sanatorio de Contratación Empresa Social del Estado.

Firma solicitante: \_\_\_\_\_ Huella del solicitante:

Firma Autorizado (a): \_\_\_\_\_

Huella persona autorizada

**III. SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA, CUANDO EL TITULAR ES FALLECIDO:**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con C.C. No. \_\_\_\_\_ voluntaria, en pleno uso de mis facultades y en calidad de: \_\_\_\_\_ solicito fotocopia de historia clínica del Señor(a): \_\_\_\_\_ quien en vida respondió al nombre \_\_\_\_\_ identificación No. \_\_\_\_\_ con el fin de (especificar finalidad por la cual solicita copia de la historia clínica): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Huella

**IV. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ENVIO DE COPIA DE LA HISTORIA CLINICA POR CORREO ELECTRONICO**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
voluntaria y en pleno uso de mis facultades solicito y autorizo al Sanatorio de Contratación E.S.E., se envíe copia de mi historia clínica al siguiente correo electrónico: \_\_\_\_\_, acepto la normatividad vigente y garantizo la custodia y confidencialidad de la información contenida en el expediente de historia clínica enviada por este medio.

Firma: \_\_\_\_\_.

Huella

Se deja constancia que la presente autorización se suscribe de manera directa, personal y libre de todo apremio ante el Sanatorio de Contratación E.S.E. **Ver requisitos.**

**En este espacio registre si desea copia de todo el expediente de historia clínica o mencione que atención y/o documento requiere:**

**Espacio para presentación personal ante autoridad competente, para el reconocimiento de firma (Notario, Juez, Inspector de policía) o apostillamiento de autenticación de firma en consulado o embajada:**

**Espacio para registrar entrega de fotocopia de historia clínica y o tipo de documento:**

FECHA:

HORA:

NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE:

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA:

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

NUMERO DE FOLIOS:

\_\_\_\_\_  
FIRMA QUIEN RECIBE

\_\_\_\_\_  
FIRMA QUIEN ENTREGA

### **REQUISITOS**

"Teniendo en cuenta la normatividad vigente colombiana en la protección, confidencialidad de la historia clínica, la Resolución 1995 de 1999 y 839 de 2017, que 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", y por lo que le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación:

**Si es el paciente y/o titular debe presentar:**

Su documento de identificación original, fotocopia y presentación personal ante la dependencia de estadística del Sanatorio de Contratación E.S.E.

**Si es un familiar de un paciente en estado de incapacidad y mayor de edad inconsciente, con incapacidad mental o física, debe presentar:**

- Documento de identificación original y fotocopia del solicitante
- Fotocopia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho del solicitante, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica y grado de consanguinidad
- Certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente (Si aplica).

**Si es un familiar o tercero autorizado por el paciente y/o titular debe presentar:**

- Su documento de identificación original
- Fotocopia del documento de identificación del paciente
- Presentación personal ante ente competente, para reconocimiento de firma (Notario, Juez, Inspector de policía), apostillamiento en embajada o consulado, dicha presentación debe quedar registrada en hoja anexa al presente formato, en caso del titular privado de la libertad debe entregar documento que acredite la condición.

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

- Su documento de identificación en original
- Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).

**Si Usted es un familiar de un paciente fallecido debe presentar:**

- Su documento de identificación original
- Fotocopia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica y grado de consanguinidad
- Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido (Si aplica por paciente fallecido en el Sanatorio de Contratación E.S.E.)

### **TENER EN CUENTA**

La documentación presentada se anexará a la historia clínica del paciente, con el fin de soportar así la entrega de la información solicitada.

El formato diligenciado, debe radicarse en la dependencia de estadística, anexando los documentos solicitados como requisito, para cada caso y la fotocopia será entregada en la misma dependencia 48 horas hábiles posteriores a su radicación.

La entrega de copia de historia clínica se realizará: Personal y por medios electrónicos si es el titular, luego de haber realizado la entrega de la solicitud en soporte físico, original y anexando los requisitos correspondientes, según sea el caso.

El formato de solicitud de copia de historia clínica, puede ser descargado a través del link: [Trámites \(sanatoriocontratacion.gov.co\)](http://Tramites(sanatoriocontratacion.gov.co))

La copia de historia clínica se entregará en fotocopia impresa y/o correo electrónico, en máximo dos días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud.

El costo de la copia de la historia clínica deberá ser cancelados en la caja de facturación, según Resolución de valores vigente y estipulada por la Institución.

**Si presenta alguna duda al momento del diligenciamiento del formato, favor solicite explicación al correo electrónico [estadistica@sanatoriocontratacion.gov.co](mailto:estadistica@sanatoriocontratacion.gov.co)**

**En caso de encontrarse fuera del municipio de Contratación Santander, los documentos deben hacerse llegar en físico a la dirección de correspondencia: Calle 3 No. 2-72, Sanatorio de Contratación E.S.E., Ventanilla única; en caso de ser requerida la entrega mediante correo electrónico, deberá diligenciar la dirección en el espacio específico para tal fin y cumplir con los "REQUISITOS".**