

FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE FALLECIDO

Bogotá D.C., ____ de _____, de 20 ____

Señores:
CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS
La Ciudad

Yo, _____ identificado con C.C. __ C.E __ Otros __ Cual (_____) Numero _____, expedida en _____, en calidad de _____ (Padre, madre, tutor legal, hij@, cónyuge o compañer@ permanente) y en representación del paciente _____, identificado con R.C ____ T.I ____ CC ____ CE ____ Otro __ Cual (__) Numero _____, expedido en _____, quien falleció en la fecha: DD ____ MM ____ AA ____ solicito copia de historia clínica Completa: __ Parcial de la siguiente especialidad: _____ con el fin de _____.

*Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva. Y manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por **Juan Pablo II IPS** no la hare pública, se maneja con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva del mismo. Exonero a **Juan Pablo II IPS** de toda responsabilidad por el manejo que se le dé a la información suministrada. Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal".*

Acepto que para obtener copia de la historia clínica del paciente en mención, debo presentar y adjuntar:

- Copia del registro civil, matrimonio o extra juicio, según sea el caso con el fin de acreditar parentesco.
- En caso de tutor legal debe anexar copia de la sentencia judicial.
- Fotocopia del documento de identidad del solicitante.
- Fotocopia del documento de identidad del paciente fallecido.
- Fotocopia del Certificado de defunción.
- Formato de carta de solicitud de historia clínica de paciente fallecido debidamente diligenciada.

Firma de quien solicita: _____ Documento: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

**Certifico que es una cuenta de correo electrónico propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica.

Vo.Bo. Gerente o Representante Legal: _____

Recibo de conformidad:

Firma: _____ Documento: _____
Fecha: DD ____ MM ____ AA ____ No. de Folios: _____