

**NOMBRE DEL FORMATO****CÓDIGO:**

FOR-GDOC-01

SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

**VERSIÓN:**

01

**FECHA:**

27/09/2012

**PÁGINA:**

1 de 2

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA QUE USTED REQUIERA, DILIGENCIE LOS DATOS DEL NUMERAL CORRESPONDIENTE Y VERIFIQUE LOS REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO AL RESPALDO DE LA HOJA.

**1. COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PERSONAL.**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Identificado con C.C. \_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_ Pasaporte. \_\_\_\_

T.I. \_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Teléfono/Celular \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**2. COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE MENOR DE EDAD.**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Identificado con C.C. \_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_ Pasaporte. \_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Solicito copia de Historia Clínica del menor de edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Identificado con R.C. \_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_ Certificado Nacido Vivo \_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ con quien tengo un vínculo de parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono/Celular \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**3. COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE FALLECIDO \_\_\_\_ DISCAPACITADO \_\_\_\_.**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Identificado con C.C. \_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Solicito copia de Historia Clínica del paciente Fallecido / Discapacitado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Identificado con C.C. \_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_ R.C. \_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ con quien tengo un vínculo de parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono/Celular \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Destino del documento \_\_\_\_\_

**4. AUTORIZACIÓN A TERCERO**

Nombre del Tercero Autorizado \_\_\_\_\_ Identificado con C.C. \_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ solicito copia de la Historia Clínica del paciente \_\_\_\_\_

Identificado con C.C. \_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Teléfono/Celular \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

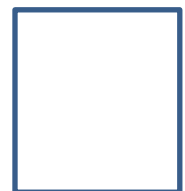
\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante**DATOS DE ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA**

Recibí a conformidad un total de número de folios \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No Identificación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

Se tomara huella en caso de no poder firmar.

**ELABORÓ:**

PROFESIONAL ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

**REVISÓ:**

DIRECTOR MÉDICO

**APROBÓ:**

GERENTE

**NOMBRE DEL FORMATO**

SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

**CÓDIGO:**

FOR-GDOC-01

**VERSIÓN:**

01

**FECHA:**

27/09/2012

**PÁGINA:**

1 de 2

**REQUISITOS PARA SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA.**

Para efectuar la solicitud de copia de Historia Clínica, se debe diligenciar el formato, el cual esta disponible en el área de Archivo de la Clínica Minerva S.A. y en la pagina web [www.clinicaminerva.com](http://www.clinicaminerva.com).

Este servicio está disponible en el primer piso de la institución de lunes a viernes de 7:30 am a 12:00 p.m. y de 2:00 a 6:00pm. Para mayor información podrá comunicarse al 2709710 Ext. 309.

**1. COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PERSONAL. Si usted es o fue paciente y desea obtener copia de su Historia Clínica debe presentar:**

- Formato de solicitud copia de Historia Clínica.
- Documento de identificación original del paciente.

**2. COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE MENOR DE EDAD. Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe presentar:**

- Formato de solicitud de Historia Clínica
- Documento de identificación original del padre, madre o representante legal.
- Copia del documento de identidad del menor. (Registro Civil, Tarjeta de Identidad, Certificado de Nacido Vivo, Certificado de Defunción)
- Copia de la documentación que lo acredite como representante legal (documento de autoridad competente que lo acredite como tal), y/o parentesco (registro civil de nacimiento con parentesco).

**3. COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE FALLECIDO / DISCAPACITADO. Si usted es un familiar de un paciente fallecido, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico, debe acreditar****los siguientes requisitos:**

- Formato de solicitud de Historia Clínica.
  - Copia de Certificado Médico que evidencie el estado de salud físico y mental del paciente.
  - Documento de Identificación original del solicitante.
- Requisitos considerados por la Corte Constitucional en Sentencia T 158A de 2008, en la cual se precisó que el acceso a la Historia Clínica de los familiares del paciente fallecido o en incapacidad deben cumplir las condiciones señaladas:**
- *La persona que eleva la solicitud deberá demostrar que el paciente ha fallecido.*
  - *El interesado 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 aquí establecida sólo es predicable de los familiares más próximos del paciente. Para el efecto, el familiar deberá allegar la documentación que demuestre la relación de parentesco con el difunto, por ejemplo, a través de la copia del registro civil de nacimiento o de matrimonio según sea el caso.*
  - *El peticionario deberá expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento, sin que, en todo caso, la entidad de salud o la autorizada para expedir el documento pueda negar la solicitud por no encontrarse conforme con dichas razones. A través de esta exigencia se busca que el interesado asuma algún grado de responsabilidad en la información que solicita, no frente a la institución de salud sino, principalmente, frente al resto de los miembros del núcleo familiar, ya que debe recordarse que la información contenida en la historia clínica de un paciente que fallece está reservada debido a la necesidad de proteger la intimidad de una familia y no de uno sólo de los miembros de ella.*
  - *Finalmente y por lo expuesto en el literal anterior, debe recalarse que quien acceda a la información de la historia clínica del paciente por esta vía no podrá hacerla pública, ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad. Lo anterior, implica que no es posible hacer circular los datos obtenidos y que éstos solamente podrán ser utilizados para satisfacer las razones que motivaron la solicitud."*

**4. AUTORIZACIÓN A TERCERO. Si usted es familiar (No contemplado en el numeral anterior) o tercero autorizado por el paciente debe presentar:**

- Formato de solicitud de Historia Clínica.
- Carta de autorización escrita, firmada por el paciente. (Preferiblemente en original).
- Documento de identificación original del tercero.
- Copia del documento de identificación del paciente.

Sobre el carácter reservado de la historia clínica véase, entre otras, las Sentencias: T-161 de 1993, T-413 de 1993, T-158 de 1994, SU-256 de 1996, T-623 de 1996, T-1563 de 2000, T-275 de 2005 y T-513 de 2006.

**Nota Legal**

La Resolución 1995 de 1999 señala claramente que 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 los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

**ELABORÓ:**

PROFESIONAL ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

**REVISÓ:**

DIRECTOR MÉDICO

**APROBÓ:**

GERENTE