FORMATO SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS

ORIGINAL

CONTROL DE CAMBIOS

No. VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA
01	Creación del documento	17/11/2023
02	Actualización del documento	6/08/2025

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:	FIRMA GERENCIA:	FECHA APROBACIÓN:
Asesoría Gestión Documental	Coordinación Calidad	Gerente General	Derly Bautista GERENTE Servinsalud IPS	6/08/2025
COPIA CONTROLADA				

FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA		CIUDAD	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO					NÚMERO
	CC	TI	RC	C.E.	OTRO	
EAPB A LA QUE PERTENECE						

LA SOLICITUD ES:			
A nombre propio		Tercero	
Menor de edad		Fallecido	

SI USTED ES EL RESPONSABLE DEL USUARIO, POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN				
PARENTESCO	TIPO DE DOCUMENTO			NÚMERO
	CC	C.E.	OTRO	
NOMBRES Y APELLIDOS				

TIPO DE DISCAPACIDAD DEL USUARIO				
Mental		Inconsciente		
Física		Otra		

Como responsable familiar del usuario de esta solicitud, quién actualmente se encuentra incapacitado (a) para dar su consentimiento. Certifico que **"**En ningún caso podré hacer pública la información contenida en la historia clínica, y que la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud. Para obtener copia de la historia clínica debe presentar: copia del documento de identidad del titular de la historia clínica, documento de identidad original de la persona solicitante y copia de documentación que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (Registro civil o documento que lo acredite como representante legal).

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS.
Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

DOCUMENTOS ANEXOS	
Fotocopia de la cédula del usuario / Tarjeta de Identidad si es menor / Registro Civil	
Fotocopia de cédula de ciudadanía del solicitante, para acreditarse como interesado.	
Documento de autorización o soporte de vínculo con el usuario.	

SOLICITO COPIA DE HISTORIA CLÍNICA			
Completa		Parcial	
FECHA DE LA ATENCIÓN REQUERIDA:		**SERVICIO REQUERIDO**	

SOLICITO COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA QUE ME SEA ENTREGADA EN:			
Físico		Digital	
Especialidad			
Fecha de la atención			
Enviar al Correo Electrónico			
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".			
Firma del Representante Legal			
Tipo y Número de Documento			

DATOS DE ENTREGA	
Firma de Quien Recibe	
No. de Documento	
No. de Folios	

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

ORIGINAL

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS.
Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

Al aceptar, el titular de la información, autoriza de manera libre e informada el tratamiento de sus datos personales y la imagen, a través de copia de documentos de identificación a la SOCIEDAD DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD S.A.S, en adelante, SERVINSALUD I.P.S. para las siguientes finalidades: Ejecutar las actividades propias como entidad prestadora de servicio de salud, registrar a usuarios, familiares, acompañantes, proveedores con el propósito de llevar el registro de solicitud de copia de historia clínica, atender a los usuarios que llegan a las ventanillas o para dar respuesta a las solicitudes e inquietudes, relacionadas con la prestación del servicio.

ORIGINAL

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS.
Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.