|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud: | Día | Mes | Año |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo,       Identificado con       N°  Por medio de la presente solicito a ustedes copia de la historia clínica. | | | | |
| Médica | Odontológica | Psicológica | Psiquiatría | Otro |
| Con el fin de: | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de quien entrega la Historia clínica: | | | |
| Firma: | | Número de folios entregados: | |
| Fecha de entrega: | Día | Mes | Año |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma recibido Titular: | | | |
| Fecha recibido: | Día | Mes | Año |

|  |
| --- |
| ***En caso de autorización:***  Autorizo entregar copia de la historia clínica a un tercero Diligenciar únicamente en casos que aplique y adjuntar carta y fotocopia del documento de identidad del usuario y del autorizado.  Autorizo a:       Identificación N°: |

Firma recibido solicitante Firma autorizado

***Reclame la copia física a los 3 días hábiles de diligenciada esta solicitud. De no ser reclamada será destruida.***

“La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregada al titular de la misma o con autorización ﬁrmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona discapacitada se entregará al responsable o representante legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).