|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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).