

	ATENCIÓN TERAPÉUTICA EXTRA E INTRAMURAL	CÓDIGO EI-FO-30
	FORMATO PARA AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTE FALLECIDO	VERSIÓN
		PÁGINA 1

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

Yo _____; con cédula número _____, en calidad de _____, (padre, madre, hermano (a), hijo (a), cónyuge o compañero (a) permanente), del (la) Paciente _____, con documento de identidad número _____,

solicitó copia de su historia clínica, con el fin de

Me comprometo a utilizar la información solicitada los fines establecidos anteriormente, manteniendo su confidencialidad y reserva.

Documentos Anexos: (De acuerdo a lo establecido en la sentencia T-158 A de 2008 y reiterado por las sentencias T-303 de 2008, T- 343 de 2008 y T837 de 2008)²

- Copia del registro civil de _____ (nacimiento, matrimonio o declaración extrajuicio, según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se halla fallecido
- Cédula de ciudadanía del solicitante, para acreditarse como interesado.

Firma de quien solicita:

_____.

“Normas para el Manejo de Historias Clínicas “

¹ Resolución 1995 de 1999 (Art. 1)

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 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”

Departamento de Calidad. Fuente Hospital Pablo Tobón Uribe