

	Nombre		FT- SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE FALLECIDO			
	Proceso al que pertenece		Gestión de la atención en salud	Código	GAS-AC-004	
	Versión	000	Fecha de revisión	Noviembre 2021	Numeración	Página 1 de 1

Importante:

Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a uno de nuestros funcionarios de archivo clínico

Fecha: _____

Yo _____, Con documento número _____, de _____, en calidad de madre, padre, o acudiente legal del (la) paciente _____ con documento No.: _____, solicito copia de su historia clínica, con el fin de _____

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva.

Acepto que para obtener de la historia clínica del paciente anteriormente citado, la(s) persona(s) mencionada(s) deben presentar:

1. Copia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
2. Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente ha fallecido.
3. Original del documento de identidad del solicitante, para acreditarse como interesado.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

Documento No: _____

“Norma para el Manejo de Historias Clínicas” 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.

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).