



SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Código: IN-FT-07

Versión: 0

Elaborado por		Ing. Beatriz Adriana Martínez Niño – Directora de Sistemas Integrados de Gestión	
REVISIONES			
N°	Nombre	Cargo	
00	Jaime Lizcano Molano Ana Carolina Lizcano Herrera Diego Fernando Dallos Castellanos	Director Administrativo y Financiero Directora Médica Gerente	
01			
02			
03			
Aprobado por		Comité de Historias Clínicas	
20/10/2020 Fecha de Elaboración		20/10/2020 Fecha de Aprobación	20/10/2022 Fecha de Próxima Revisión

CONTROL DE REVISIONES

No	Fecha	Motivo de revisión
00	20/10/2020	Liberado
01		
02		
03		

	SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	IN-FT-07
		Fecha: 20/10/2020
		Versión: 0

Bucaramanga, ____ de _____ de 20__

Señores,
UROINTEGRAL S.A.S
 Ciudad

Respetuoso Saludo,

Por medio de la presente, Yo _____, con número de identificación N° _____ de _____, solicito copia de la historia clínica correspondiente a los servicios de salud prestados a Mi/a mi representado, por Urointegral S.A.S en la fecha _____, con el _____ exclusivo _____ propósito _____ de _____.

• **Autorización a terceros:**

Yo, _____, con número de identificación N° _____ de _____, autorizo a _____, con número de identificación N° _____ de _____, para reclamar copia de la historia correspondiente a los servicios de salud prestados a Mi por Urointegral S.A.S en la fecha _____, con el _____ exclusivo _____ propósito _____ de _____.

Manifiesto que me hago responsable de la información suministrada por la institución y que el uso de la misma será únicamente el relacionado anteriormente. Exonero a Urointegral S.A.S de toda responsabilidad por manejos diferentes que eventualmente se presenten con la información suministrada.

Firma del Paciente y/o Solicitante,

Firma del Autorizado,

Identificación N°: _____

Identificación N°: _____

El día ____ del mes de _____ del año 20 ____, recibí de Urointegral S.A.S, copia de la historia clínica de fecha _____ que consta de _____ folios; quedando bajo mi responsabilidad la custodia de la misma.

Colaborador que entrega: _____

Firma de recibido de la copia de la historia clínica: _____

Requisitos para la solicitud:

- Debe diligenciar el formato y adjuntar los requisitos mencionados. Por favor radicarlo en la Cra 28 # 40-37 Piso 2 de la ciudad de Bucaramanga o enviarlos al correo sig@urointegral.com.co.
- Si es padre, madre o representante legal de menor de edad debe presentar documento de identificación original del menor de edad, documento de identificación original del solicitante y copia de la documentación que lo acredite como representante legal.
- Si es familiar de paciente mayor de edad en estado de incapacidad (sólo primer grado de consanguinidad) debe presentar copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente, documento de identificación original del paciente y documento de identificación original del solicitante.
- Si es un tercero autorizado por el paciente debe presentar fotocopia del documento de identidad del paciente y documento de identidad original como autorizado.
- Si es familiar de paciente fallecido debe presentar copia del registro civil de defunción del paciente, copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio según el caso, copia del documento de identidad del paciente y documento de identidad original del solicitante.
- La respuesta a la presente se emitirá en **3 días hábiles posteriores a radicar la solicitud** y se entregará únicamente al paciente, al representante legal, al tercero autorizado o a entidades de vigilancia y control. (Ley Estatutaria 1581 de 2012, Resolución 1995 de 1999 y Resolución 839 de 2017).