

	AUTORIZACIÓN PARA RECLAMAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE FALLECIDO	CÓDIGO R-AU-022
		VERSIÓN 001

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/_____

SI EL PACIENTE ES FALLECIDO

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado (a) y residenciado (a) en _____, identificado (a) con tipo de documento: C.C ____ C.E____ Pasaporte ____ No. _____, actuando como Padre, Hijo, Esposa/Esposo o Compañera (o) permanente del fallecido _____ Identificado con número de cedula, tarjeta de identidad, registro civil, o Nacido vivo número _____ de _____, solicito copia de historia clínica, documento que se requiere para el siguiente motivo o propósito:

Conozco las restricciones a que tiene lugar el uso de la historia clínica según el artículo 1 y 13 de la Resolución 1995 de 1999.

Si Usted es familiar de un paciente fallecido debe presentar:

- Copia del documento de identificación. No se aceptan contraseñas.
- Copia del documento de identificación del fallecido. No se aceptan contraseñas.
- Copia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio 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 encuentra fallecido
- Formato de autorización para reclamar historia clínica correctamente diligenciado por el solicitante.

Acepto que para obtener copia de la historia clínica de la persona mencionada debo presentar los requisitos solicitados por la Institución, con la cual garantiza esta entidad la seguridad de la información.

Firma del Solicitante: _____
 Cédula: _____ Dirección: _____
 Teléfono: _____ Email: _____

HUELLA

Este procedimiento se realiza basado en la Resolución 1995 de 1999 artículo 1 y 13; Ley 019 2012 art 110; Ley 23 de 1981 art 34-36; Ley 2015 de 2020.