

## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO: PS-FOR85

VERSIÓN: 3

FECHA: 13 | 09 | 2022

Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 20 \_\_ \_\_

### 1) DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: C.C. \_\_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_\_ R.C. \_\_\_\_\_ No. de identificación: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Motivo de solicitud:

Trámite de incapacidad  Por solicitud de otra entidad  Por solicitud de ARL  Solicitud personal del usuario

Trámite de pensión  Otros ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Requiere copia de historia clínica de: Consulta  Exámenes  Cirugía  Total  Otros ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Fecha de atención médica: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 20 \_\_ \_\_

### 2) AUTORIZACIÓN DE ENTREGA A UN FAMILIAR, TERCERO PERSONA Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: C.C. \_\_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_ No. de identificación: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### 3) AUTORIZACIÓN ENVÍO DE LA INFORMACIÓN

Autorizo el envío de la copia de la historia clínica, al correo electrónico:

Acepto la normatividad vigente y garantizo la custodia de la documentación enviada por este medio, al recibir el pdf, se enviará una confirmación satisfactoria que se visualizaron los archivos pertenecientes a la historia clínica.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE  
CC.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA  
CC.

Para realizar solicitud presencial diríjase a las siguientes sedes:

**Sedes Bogotá**  
Carrera 19 N° 84-09  
Teléfono 6056828 ext 116  
Correo Electrónico  
aux.archivo@sosaludvisual.com

**Sede Antioquia**  
SO Premium Plaza Calle 29 N° 44-60  
Correo Electrónico archivola@sosaludvisual.com

**AVISO LEGAL** : SO Servicios Médicos y Oftalmológicos S.A.S comunica que la información contenida en este mensaje y sus anexos, está estipulado a la normatividad de **HABEAS DATA** (Protección de datos personales) registrada en la base de datos pertenecientes a la entidad.



## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO: PS-FOR85

VERSIÓN: 3

FECHA: 13 | 09 | 2022

Señor usuario, la IPS **SO SERVICIOS MÉDICOS Y OFTALMOLÓGICOS S.A.S.** informa que de conformidad con lo establecido en la **Resolución 1995 de 1999 y resolución 839 de 2017 CAPÍTULO I DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.** 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 los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención. **Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.**

**De acuerdo a lo mencionado tenga en cuenta la siguiente información para hacer efectiva la entrega de la historia clínica:**

### 1) SI USTED ES EL PACIENTE

- Formato de solicitud y autorización para copia de historia clínica completamente diligenciado y firmado por el paciente (Formato anexo).
- Documento de identidad original.

**NOTA:** Si desea realizar la solicitud vía correo electrónico, anexar información anteriormente relacionada en archivo PDF.

### 2) SI USTED ES UN FAMILIAR O TERCERO AUTORIZADO POR EL USUARIO

- Fotocopia del documento de identidad del autorizado.
- Fotocopia del documento de identidad del paciente.
- Formato de solicitud y autorización para copia de historia clínica completamente diligenciado y firmado por el paciente y el autorizado (**Formato anexo**).

**NOTA:** Si usted es un familiar o tercero autorizado por el usuario y desea realizar la solicitud vía correo electrónico, anexar información anteriormente relacionada en archivo PDF.

### 3) SI USTED ES EL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD

- El documento de identidad original y fotocopia de padre, madre o representante legal.
- Fotocopia del documento de identidad del menor.
- Fotocopia del documento que lo acredite como responsable del menor: registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal del menor.
- Formato de solicitud y autorización para copia de historia clínica completamente diligenciado y firmado por el padre, madre o representante legal (Formato anexo).

**NOTA:** Si usted es el padre, madre o representante legal y desea realizar la solicitud vía correo electrónico, anexar información anteriormente relacionada en archivo PDF.

### 4) SI USTED ES UN FAMILIAR DE UN PACIENTE FALLECIDO

- Documento de identidad original y fotocopia de la persona que está solicitando la historia clínica.
- Fotocopia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio, según el caso, con el fin de acreditar la relación y/o parentesco con el titular de la historia clínica.
- Fotocopia del certificado de defunción.
- Formato de solicitud y autorización para copia de historia clínica completamente diligenciado con los datos del paciente fallecido y los datos del solicitante con firma. (**Formato anexo**).

**NOTA:** Si usted es un familiar de un paciente fallecido y desea realizar la solicitud vía correo electrónico, anexar información anteriormente relacionada en archivo PDF.

### 5) SI USTED ES UN FAMILIAR DE UN PACIENTE EN ESTADO DE DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL MENOR O MAYOR DE EDAD

- Documento de identidad original y fotocopia de padre, madre o representante legal.
- Fotocopia 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.
- Fotocopia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- Formato de solicitud y autorización para copia de historia clínica completamente diligenciado y firmado por el padre, madre o representante legal (**Formato anexo**).

**NOTA:** Si usted es un familiar de un paciente en estado de discapacidad física o mental menor o mayor de edad y desea realizar la solicitud vía correo electrónico, anexar información anteriormente relacionada en archivo PDF

**NOTA ACLARATORIA:** Si el formato de solicitud de historia clínica **No puede ser firmado por el paciente** favor informar al personal encargado del archivo de historias clínicas. Recuerde que los anexos que sean enviados en archivo JPG (FOTOGRAFIA) no se recibirán por protección en la integridad de la documentación.

La historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes" (**Resolución 1995 de 1999, Art 13**).

