

	<b>SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE FALLECIDO</b>	Código: FO-GIN-002
		Versión: 01
		Vigencia: 03/12/2024
<b>Gestión de la información</b>		

Fecha de la solicitud:           **DD** /      **MM** /      **AAAA**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, en calidad de <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ del (la) paciente \_\_\_\_\_, con documento de identidad número \_\_\_\_\_, 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.

**Registros solicitados:**

- Historia clínica     
 Imágenes diagnosticas     
 Otras ayudas diagnósticas

**Documentos anexos <sup>2</sup>:**

- Copia del registro civil de <sup>3</sup> \_\_\_\_\_ 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 la historia clínica**

<sup>1</sup> Madre, padre, hermano, hermana, hijo, hija, cónyuge o compañero permanente

<sup>2</sup> De acuerdo a lo establecido en la sentencia T-158 A de 2008 y reiterado por las sentencias T-303de 2008, T- 343 de 2008 y T837 de 2008

<sup>3</sup> Nacimiento, matrimonio ó declaración de unión marital de hecho según el caso