


| | | |
|---|--|----------------------|
|  | SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE INCAPAZ | Código: FO-GIN-003 |
| | | Versión: 01 |
| | | Vigencia: 03/12/2024 |
| Gestión de la información | | |

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

Seleccione el tipo de incapacidad que padece el titular de la historia clínica:

- Mental
 Física
 Inconsciente

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____, en calidad de ¹ _____ 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 ²:

- Copia del registro civil de ³ _____ con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Copia del certificado médico que acredita condición del paciente
- Cédula de ciudadanía del solicitante, para acreditarse como interesado

Firma de quien solicita la historia clínica

¹ Madre, padre, hermano, hermana, hijo, hija, cónyuge o compañero permanente

² 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

³ Nacimiento, matrimonio ó declaración de unión marital de hecho según el caso