

# SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA COMPLETA

POR CORREO ELECTRONICO

historiaclinica@cafam.com.co



## SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de menor de edad o de una persona con incapacidad, esta se entregará al responsable, representante legal del paciente o autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).

### DATOS DEL PACIENTE

ALMONACID APONTE ANGIE LORENA  C.C.  R.C.  T.I. 1013651869  
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DOC. DE IDENTIDAD NÚMERO  
3132106490  
TELÉFONO(S) DE CONTACTO FECHAS DE CONSULTA DE LA HISTORIA

### MOTIVO DE LA SOLICITUD

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Para validar incapacidad frente a empleador          | <input checked="" type="checkbox"/> Solicitud personal del usuario     | <input type="checkbox"/> Para valoración medica particular  |
| <input type="checkbox"/> Por solicitud de Institución Educativa               | <input type="checkbox"/> Para gestionar la pensión                     | <input type="checkbox"/> Por cambio de EPS  |
| <input type="checkbox"/> Por solicitud de ARL                                 | <input type="checkbox"/> Por solicitud de Famisanar EPS                | <input type="checkbox"/> Por solicitud de la Secretaria Distrital de Salud                          |
| <input type="checkbox"/> Por solicitud del Ministerio de la Protección Social | <input type="checkbox"/> Por solicitud de la Superintendencia de Salud | <input type="checkbox"/> Por solicitud de profesional medico para establecer enfermedad profesional |

### DATOS DEL AUTORIZADO

\_\_\_\_\_ C.C. T.I. \_\_\_\_\_  
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL AUTORIZADO NÚMERO DOC. IDENTIDAD TELÉFONO(S) DE CONTACTO PARENTESCO

### AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO\*

angiealmonacid1994@gmail.com  
CORREO ELECTRÓNICO

Certifico que es un cuenta de correo propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica.

Recuerde que cada folio impreso tiene un valor de 100 pesos, en ese orden de ideas, autoriza la impresión de todos los folios que se generen a partir de su solicitud? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si su solicitud incluye más de 30 folios, desea que la historia clínica sea entregada en un CD, con un valor unico de 2.000 pesos? Si \_\_\_ No \_\_\_

ANGIE LORENA ALMONACID  
FIRMA PACIENTE FIRMA DE AUTORIZADO

MOTIVO DE NEGACIÓN  No es solicitada por un tercero autorizado  No presenta la documentación completa  Las fechas de las atenciones solicitadas, no corresponden a las fechas en historia clínica.

Valor a Pagar \$

Aprobado: jefe Sección Mercadeo Salud Versión: 1

07-07-2007 F. 6009

### CERTIFICADO DE RADICACIÓN (desprendible para el solicitante)

\_\_\_\_\_ C.C. T.I. \_\_\_\_\_  
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL AUTORIZADO NÚMERO DOC. IDENTIDAD

PERSONA AUTORIZADA PARA RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA  SI  NO  
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE TERCERO AUTORIZADO NÚMERO DOC. IDENTIDAD

\_\_\_\_\_  
FECHA DE RADICACIÓN FECHA DE ENTREGA FUNCIONARIO QUE RADICA

NOTA IMPORTANTE: EL COSTO DE LOS FOLIOS GENERADOS POR CONCEPTO DE LA IMPRESIÓN DE LA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA, SERA ASUMIDO POR EL PACIENTE POR UN VALOR DE \$100 POR HOJA, ENTREGA 3 DÍAS HÁBILES.

Aprobado: jefe Sección Mercadeo Salud Versión: 1

07-07-2007 F. 6009