



CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

CÓDIGO	AM-DA-FO-02
FECHA	24/09/2024
VERSIÓN	02

Puerto Asís Putumayo, DD / MM / AAAA

Señores:
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO.
Carrera 48 # 10-29
Puerto Asís - Putumayo

Cordial saludo,

Por medio del presente, Yo _____ identificado(a)
con C.C. ___ C.E. ___ Otro ___ No. _____, de _____, para solicitar copia de
mi Historia Clínica:

Copia: Completa ___ Parcial ___ **Fecha de atención requerida:** dd / mm / aaaa

Anexos: Orden Médica ___ Formula Médica ___ Constancia y/o certificación ___ Otro ___ ¿Cuál? _____

COPIA CONTROLADA

Esta historia Clínica es solicitada con el fin de: _____

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva. Acepto que, **para obtener copia de la historia clínica** debo de presentar los siguientes **requisitos:** *Copia del documento de identificación.

Firma del solicitante.: _____

C.C. No. _____ Celular No.: _____

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Normas para el Manejo de Historias Clínicas

Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) 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 demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley*.

¡Tu salud, nuestro compromiso...!

Dirección: Carrera 48 No. 10-29 / Barrio: Ciudad Leguizamo – Celular: 3503160054 Ext. 5069

Correo electrónico: gestiondocumental@hacputumayo.com.co

Página web: <https://www.hacputumayo.com.co>