

Tipo de Paciente: Por favor marque con una X

Paciente con Invalidez

Paciente Fallecido

Tipo de Invalidez:

Mental Física Inconsciente

El paciente falleció en HAC Putumayo:

Si No

Puerto Asís Putumayo, DD / MM / AAAA

Alguna inquietud comunicarse al No.
3503160054 ext. 5069 –

Gestión Documental, correo:

gestiondocumental@hacputumayo.com.co

Horario de atención: Lunes a Viernes

7:00am a 12:00 2:00pm a 6:00pm

Sábado 9:00am a 12:00

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 _____, en calidad de padre____, madre____, hijo(a)____, conyugue o

compañero permanente____ del del paciente _____, identificado con

C.C.____ C.E.____ R.C.____ T.I.____ Otro ____ No. _____, solicito copia de su historia clínica con el fin de:

COPIA CONTROLADA

_____ fecha de la atención: DD / MM / AAAA

Copia: Completa ____ Parcial ____

Anexos: Orden Médica ____ Formula Médica ____ Constancia y/o certificación____ Otro ____ ¿Cuál? _____

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** del paciente en mención, debo de presentar los siguientes **requisitos:**

| Requisitos Paciente con Invalidez | Requisitos Paciente Fallecido |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Copia de cedula de ciudadanía del solicitante. - Copia de cedula de ciudadanía del paciente. - Copia del certificado médico que evidencie su estado de salud. - Copia del Registro Civil de nacimiento, matrimonio o Extra juicio de convivencia, según el caso. | <ul style="list-style-type: none"> - Copia de cedula de ciudadanía del solicitante. - Copia de cedula de ciudadanía del paciente fallecido. - Copia del registro de defunción del paciente fallecido. - Copia del Registro Civil de nacimiento, matrimonio o Extra juicio de convivencia, según el caso. |

Firma del solicitante.: _____

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

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Ley 23 de 1981(Art.34)-Resolución 1995 de 1999 (Art.1): La historia clinica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserve. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley

Sentencia T-343 de 2008: Corte Constitucional: Para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico, la historia clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos 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>