

SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

1. Si usted es el paciente y lo solicita personalmente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.

2. Si usted es el paciente y lo solicita virtualmente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Mediante carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud o haciendo uso de este formato. Debe autenticarse la firma y adjuntarla en el siguiente correo electrónico: siau@clinicaoat.com

3. Si usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del autorizado.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del paciente.
- Formato de solicitud de historia clínica.
- Carta formal **notariada** especificando **(1)** Autorización de entrega de historia clínica a familiar o tercero. **(2)** Motivo de la solicitud de la historia clínica y **(3)** Firma de persona solicitante (paciente) y persona autorizada.

4. Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad, debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar o representante legal solicitante.
- Fotocopia del documento de identidad del menor de edad.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento donde conste el parentesco como Padre/Madre o Declaración Extra juicio (según el caso) que lo acredite como representante legal (ej.: madre sustituta) del menor.
- Formato de solicitud de historia clínica.
- Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

5. Si usted es un familiar de un paciente fallecido, debe anexar:

- Se podrá solicitar por medio de Derecho de petición (especificando motivo de la solicitud y parentesco), Superintendencia Nacional de Salud, juzgados, fiscalías y por aseguradoras adjuntando copia de póliza donde se certifique el derecho que tiene la aseguradora a ver la historia clínica.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar solicitante.
- Copia del Certificado de Defunción.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento, Matrimonio o Declaración de Extra juicio (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Formato de solicitud de historia clínica.

6. Si usted es un familiar de un paciente en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental), debe anexar:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del solicitante
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del paciente.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento, Matrimonio o Declaración de Extra juicio (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- Si el solicitante no puede contar con el certificado médico, debe anexar Declaración de Extra juicio manifestando dicha imposibilidad y especificando cual es la incapacidad del titular de la historia clínica.
- Formato de solicitud de historia clínica.
- Carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud y parentesco.

7. Si la historia clínica es solicitada por autoridades judiciales, de salud u otras entidades, se tienen las siguientes opciones:

- Mediante carta formal de solicitud de historia clínica, especificando motivo de la solicitud
- Mediante correo institucional (quien solicita) dirigido a correo siau@clinicaoat.com especificando en el asunto:

Formato de Solicitud de Historia Clínica

- Fecha de solicitud: _____ Hora: _____
- Apellidos: _____
- Nombre(s): _____
- Documento de identidad: _____ De: _____
- Entidad (EPS): _____
- Fecha de atención médica: _____
- Motivo por el cual solicita:

De acuerdo con lo establecido en el artículo 34 de La Ley 23 de 1981, "Por la cual se dictan normas en materia de ética médica", y el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", Manifiesto que me hago responsable de la información suministrada por la institución, no la haré pública, garantizando el derecho a la intimidad y reserva del mismo, y la utilizaré solo para los motivos expresos anteriormente. Exonerando a la clínica OAT S.A.S. de toda responsabilidad por el manejo que le dé a la información suministrada.

Recibí de la Institución copia de lo solicitado en:

N° _____ folios

N° _____ Cds.

Recuerde por favor que, en caso de ser solicitada la historia clínica virtualmente, el presente formato debe tener presentación personal ante notario público (autenticación) y adjuntarse en el siguiente enlace:

Firma de solicitante: _____

Funcionario quien entrega: _____