

El Titular de la Historia Clínica, falleció en la Clínica ASOTRAUMA? SI  NO

¿Qué tipo de incapacidad padece el titular de la Historia Clínica ? Mental  Física  Inconsciente

Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a la persona que se lo entregó

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Autoriza a la CLÍNICA ASOTRAUMA S.A.S a enviar historia clínica por correo electrónico  SI  NO

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Telefono o celular: \_\_\_\_\_  
Yo \_\_\_\_\_, con cédula número \_\_\_\_\_,  
de \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_ (padre, madre, hijo(a), cónyuge o compañero  
permanente) del paciente \_\_\_\_\_, con documento de  
identidad número \_\_\_\_\_ solicitó copia de su historia clínica, con el fin de

Fecha de la atención para la cual solicita la historia clinica: \_\_\_\_\_

Me comprometo a utilizar la informacion soclicitada solo para satisfacer las razones en mencion . Manteniendo su confidencialidad y reserva.

**Acepto que para obtener copia de la historia clínica de paciente en mención , debo presentar:**

Requisitos para Solicitar Historia Clínica	
<p align="center"><b><u>Paciente fallecido</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Copia del registro civil de defunción</b>, para demostrar fallecimiento del paciente (Aplica para pacientes NO fallecidos en la Clínica Asotrauma).</li> <li>● <b>Copia del registro civil de (Nacimiento, Matrimonio o Declaración de unión marital de hecho según el caso)</b> con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. Primer grado de consanguinidad y afinidad.</li> <li>● <b>Cedula de ciudadanía del solicitante original</b>, para acreditarse como interesado</li> <li>● <b>Copia de Cedula del Paciente Fallecido</b></li> </ul>	<p align="center"><b><u>Paciente con incapacidad física mental o inconsciente</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Cedula de ciudadanía del solicitante original</b>, para acreditarse como interesado.</li> <li>● <b>Copia del registro civil de (Nacimiento, Matrimonio o Declaración de unión marital de hecho según el caso)</b> con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. Primer grado de consanguinidad y afinidad.</li> <li>● <b>Copia de Cedula de ciudadanía del paciente.</b></li> <li>● <b>Fallo determinado por el juez</b> que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.</li> </ul>

Firma de quien solicita:

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Cedula: \_\_\_\_\_

Alguna inquietud favor comunicarse al siguiente numero 5153000 Ext: 100 de Archivo. Horarios de Atención de Lunes a Viernes 7:00 am a 12:00 pm - 2:00 pm a 6:00 pm a excepción de los viernes que es hasta las 5:00 pm, sábado de 8:00 am a 12:00 pm - correo electronico archivo@asotrauma.com.co

**"Normas para el manejo de Historias Clínicas"**

Ley 23 de 19831(Art.34)- Resolución 1995 de 1999(Art.1): La historia clinica 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. Sentencia T-158 A 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.