



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 clínica: _____

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 de paciente en mención, debo presentar:

Requisitos para Solicitar Historia Clínica

Paciente fallecido

- **Copia del registro civil de defunción**, para demostrar fallecimiento del paciente (Aplica para pacientes NO fallecidos en la Clínica Asotrauma).
- **Copia del registro civil de (Nacimiento, Matrimonio o Declaración de unión marital de hecho según el caso)** con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. Primer grado de consanguinidad y afinidad.
- **Cedula de ciudadanía del solicitante original**, para acreditarse como interesado
- **Copia de Cedula del Paciente Fallecido**

Paciente con incapacidad física mental o inconsciente

- **Cedula de ciudadanía del solicitante original**, para acreditarse como interesado.
- **Copia del registro civil de (Nacimiento, Matrimonio o Declaración de unión marital de hecho según el caso)** con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. Primer grado de consanguinidad y afinidad.
- **Copia de Cedula de ciudadanía del paciente.**
- **Fallo determinado por el juez** que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.

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 1983(Art.34)- 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. 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.