

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE CALIDAD		Código: 321-1-F5
			Página 1 de 1
			Versión: 03
SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS			Vigente a partir de: 30 de Marzo de 2021
Ciudad y Fecha:	Nombre y Apellidos:	Número de identificación:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
SEGURIDAD SOCIAL (EPS)			Género:
TIPO DE AFILIACIÓN: CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> SUBSIDIADO <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/>			
Seleccione con una X			
Condición de priorización o Vulnerabilidad	¿Tiene alguna condición de discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Pertenece a un grupo étnico
1. Niño, Niña o Adolescente _____	Física <input type="checkbox"/>	Cognitiva <input type="checkbox"/>	Afro descendiente: _____
2. Mujeres embarazadas y madres lactantes _____	Visual <input type="checkbox"/>	Múltiple <input type="checkbox"/>	Afro Colombiano _____
3. Personas desplazadas _____	Auditiva <input type="checkbox"/>	Otra: <input type="checkbox"/>	Pueblo indígena: _____
4. Personas de edad más avanzada _____		Cuál: _____	Raizal: _____
5. Migrante: _____			ROM: _____
6. Desmovilizados _____			Mestizo: _____
7. Condición de abandono: _____			Otro: _____
8. Habitante de calle: _____			
9. Otro: _____			
SERVICIO			
EPICRISIS <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA ATENCIÓN <input type="checkbox"/>	HISTORIA COMPLETA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO: <input type="checkbox"/>	DESCRIPCIÓN: _____		
Elija y relacione la manera que desea se le brinde respuesta a su solicitud			
<input type="checkbox"/>	Físico ventanilla Hospital	Correo electrónico: _____	
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	Teléfono fijo: _____	
		Teléfono móvil: _____	
Yo _____, identificado con RC__ T.I.__CC__ número _____, de _____, solicito a ustedes copia de mi historia clínica del día _____.			
Esta solicitud la realizo con el fin de: _____ y me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva.			
AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA TERCEROS			
Yo, _____ con cédula número: _____, de _____, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a: _____, con cédula número: _____, para solicitar y reclamar copia de mi historia clínica del día _____.			
PARENTESCO DEL SOLICITANTE CON EL PACIENTE: _____			
Esta solicitud la realizo con el fin de: _____ y me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva. De igual forma, manifiesto bajo la gravedad de juramento que los datos suministrados en este documento son ciertos.			
FIRMA DEL SOLICITANTE		FECHA DE REPUESTA	
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE		RECIBIDO:	
Acepto la política de tratamiento de datos personales y autorizo al Hospital Regional de Duitama y sedes la recopilación de mis datos aquí consignados de acuerdo a la política de privacidad, basado en lo consagrado en la Ley 1581 de 2012, el decreto Reglamentario 1377 de 2013, con concordancia con la Constitución Política de Colombia y demás disposiciones. Resolución 087 del 17/03/2020 Por la cual se establece la política de tratamiento y protección de datos personales por parte de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama. SI _____ NO _____			
FIRMA _____			