


| | | |
|--|---|---|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: HRD-PA-GI-GD-PR-02-FO-01 |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: 01 |
| | FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS | Fecha: 27 de diciembre de 2022 |

| | | | |
|------------------------|---|---------------------------|---|
| Ciudad y Fecha: | Nombre y Apellidos: | Número de identificación: | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| | | | Género: |
| SEGURIDAD SOCIAL (EPS) | TIPO DE AFILIACIÓN: CONTRIBUTIVO ____ SUBSIDIADO ____ ESPECIAL ____ PARTICULAR ____ | | |

Seleccione con una X

| Condición de priorización o Vulnerabilidad | ¿Tiene alguna condición de discapacidad? Si No | Pertenece a un grupo étnico |
|---|--|-----------------------------|
| 1. Niño, Niña o Adolescente _____ | Física <input type="checkbox"/> | Afro descendiente: _____ |
| 2. Mujeres embarazadas y madres lactantes _____ | Visual <input type="checkbox"/> | Afro Colombiano _____ |
| 3. Personas desplazadas _____ | Cognitiva <input type="checkbox"/> | Pueblo indígena: _____ |
| 4. Personas de edad más avanzada _____ | Múltiple <input type="checkbox"/> | Raízal: _____ |
| 5. Migrante: _____ | Auditiva <input type="checkbox"/> | ROM: _____ |
| 6. Desmovilizados _____ | Otra: <input type="checkbox"/> | Mestizo: _____ |
| 7. Condición de abandono: _____ | Cuál: _____ | Otro: _____ |
| 8. Habitante de calle: _____ | | |
| 9. Otro: _____ | | |

SERVICIO

EPICRISIS
ÚLTIMA ATENCIÓN
HISTORIA COMPLETA

OTRO:
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 |
| Nº 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