|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL PACIENTE**
 |
| **Ciudad**  |  | **Fecha de Solicitud:** | Dia  | Mes  | Año  |
| **Nombres y Apellidos** |  |
| **Tipo de documento**  | **RC** | **TI** | **CC** | **CE** | **PA** | **OTRO** | **CUAL**  |
| **No de Documento**  |  |
| **Teléfono**  |  |
| **Dirección residencia**  |  |
| **Correo electrónico**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA O CERTIFICACIÓN MÉDICA**
 | **3. SOLICITANTE**  |
| Historia Clínica CompletaÚltima Valoración Exámenes ParaclínicosEpicrisis OtrosCual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Usuario Equipo de Salud Autoridad Judicial  Autoridad en Salud Familiar Otros Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4. ENTIDAD QUE PRESTA O PRESTÓ EL SERVICIO DE SALUD:** |
| **ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO** |  | **HOSPITAL JUAN DOMINGUEZ ROMERO SOLEDAD**  |  |
| **ESE HOSPITAL NIÑO JESUS BARRANQUILLA** |  | **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI ALTA**  |  |
| **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA**  |  | **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI MENTAL** |  |
| **AÑO EN QUE RECIBIO LA ATENCION**  |  |
| 1. **MOTIVO DE SU PETICIÓN**
 | 1. **ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE**
 |
| ReembolsosIncapacidadesAutorizacionesProcesos JudicialesOtros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FallecidoEgresadoHospitalizadoCertificado de defunción:  |
| 1. **AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**
 |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con documento de identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que solicite y/o retire copia de mi historia clínica o certificado médico debido a que no me es posible hacerlo personalmente.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma del Paciente**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma del Autorizado(a) Espacio para Huella**  |
| 1. **RELACIÓN CON EL PACIENTE FALLECIDO RETIRO HISTORIA CLINICA**
 |
| Padre Madre Hermano(a) Hijo(a)Cónyuge Otro ¿Cuál? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE**
 |
| Registro Civil Poder Otro ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **PARA TENER EN CUENTA**
 |
| 1. La solicitud de Historia Clínica se realiza de manera virtual a través del correo dir\_atencionalusuario@eseuniversitariadelatlantico.gov.co, adjuntando el presente documento diligenciado, fotocopia de identificación de usuario y si existe un tercero autorizado, se deberá adjuntar la fotocopia de identificación de la persona a quien se le entregará la copia de la historia clínica, carta de autorización suscrita por el usuario. Si es un paciente fallecido, documento que demuestre parentesco, copia del documento del fallecido, copia del documento del solicitante y certificado de defunción.
2. En el evento que el proceso de atención se hubiere cumplido en el HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E; HOSPITAL NIÑO JESUS, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA, HOSPITAL JUAN DOMINGUEZ ROMERO, empresas hoy en liquidación, el área de SIAU canalizará la petición a través de la sede correspondiente.
3. Cada copia tendrá un valor de $100, que se consignará en la caja de la institución. según la Ley 57/85.
4. La historia clínica se entregará dentro de los diez (10) días hábiles los cuales se pueden extender hasta por un término adicional si la historia clínica es voluminosa y así lo requiere y cinco (05) días hábiles para respuesta a los requerimientos de autoridades administrativas y/o judiciales, de lunes a viernes en horario laboral.
 |
| 1. **MEDIO DE ENTREGA**
 |
| **PRESENCIAL** |  | **CORREO ELECTRONICO** |  | **CD** |  | **MEMORIA** |  |
| 1. **CONSTANCIA DE ENTREGA**
 |
| Señores:**ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.****Dejo constancia que a los \_\_\_\_\_ días del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en mi condición de Paciente o autorizado recibí copia de Historia Clínica N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y/o certificación de Historia Clínica N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ correspondientes al paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, contentiva de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_folios y en virtud de ello:**Declaro bajo la gravedad de juramento que he sido informado(a) de la reserva legal que ampara los datos contenidos en la historia clínica, cuya copia recibo el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Me comprometo a guardar la reserva y no adulterar datos contenidos en la historia clínica recibida.Número de Copias Entregadas \_\_\_\_\_\_\_\_.**FIRMA DE QUIEN RECIBE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NOMBRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |