



ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.
FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE
HISTORIA CLÍNICA O CERTIFICACIÓN MÉDICA

CODIGO: FT-SC-002

VIGENCIA: abril 2026

VERSION: 03

1. DATOS DEL PACIENTE

Ciudad							Fecha de Solicitud:	Día	Mes	Año
Nombres y Apellidos										
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	PA	OTRO	CUAL			
No de Documento										
Teléfono										
Dirección residencia										
Correo electrónico										

2. SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA O CERTIFICACIÓN MÉDICA

3. SOLICITANTE

Historia Clínica Completa	<input type="checkbox"/>	Usuario	<input type="checkbox"/>
Última Valoración	<input type="checkbox"/>	Equipo de Salud	<input type="checkbox"/>
Exámenes Paraclínicos	<input type="checkbox"/>	Autoridad Judicial	<input type="checkbox"/>
Epicrisis	<input type="checkbox"/>	Autoridad en Salud	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>
¿Cual? _____		Otros	<input type="checkbox"/>
		¿Cual? _____	

4. ENTIDAD QUE PRESTA O PRESTÓ EL SERVICIO DE SALUD:

SE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO CACE ALTA	<input type="checkbox"/>	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO CACR SOLEDAD	<input type="checkbox"/>
ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO CACE MENTAL	<input type="checkbox"/>	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO CACR SABANALARGA	<input type="checkbox"/>
ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO CACE PEDIATRICO	<input type="checkbox"/>	ESE EN LIQUIDACION	<input type="checkbox"/>
		¿Cual? _____	

AÑO EN QUE RECIBIO LA ATENCION

5. MOTIVO DE SU PETICIÓN

6. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

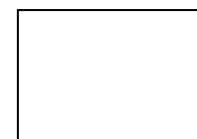
Reembolsos	<input type="checkbox"/>	Fallecido	<input type="checkbox"/>
Incapacidades	<input type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/>
Autorizaciones	<input type="checkbox"/>	Hospitalizado	<input type="checkbox"/>
Procesos Judiciales	<input type="checkbox"/>	Certificado de defunción:	<input type="checkbox"/>
Otros _____			

7. 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 de huella



**ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.
FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE
HISTORIA CLÍNICA O CERTIFICACIÓN MÉDICA**

CODIGO: FT-SC-002

VIGENCIA: abril 2026

VERSION: 03

8. RELACIÓN CON EL PACIENTE FALLECIDO RETIRO HISTORIA CLINICA

Padre Madre Hermano(a) Hijo(a) Cónyuge Otro ¿Cuál? _____

9. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

Registro Civil Poder Otro ¿Cuál? _____

10. 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.

11. MEDIO DE ENTREGA

PRESENCIAL

CORREO
ELECTRONICO

12. 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: _____