

 <p>HOSPITAL PSIQUETRICO San Camilo</p>	SOLICITUD HISTORIA CLINICA POR PACIENTE		
	PR. Gestión de la Información	TP. Administrativo	
		Código: AD-GIT-GD-P-07-R-02	Versión: 05
SP. Gestión Documental	Página 1 de 1		

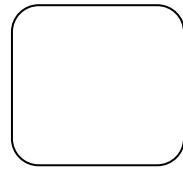
Ciudad: _____ Fecha de la solicitud: Día ____ Mes ____ Año ____

1. DATOS DEL PACIENTE		
Nombres y Apellidos		
Identificación:	CC ____ CE ____ N° _____	Expedido en _____
Teléfono	Fijo:	Celular:
E mail:		
Dirección:		
Fechas de la Historia Solicitada:		

Confirmo que he sido informado(a) sobre el uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales se encuentran sujetos a lo establecido en la Ley 1581 de 2012, la Resolución 1995 de 1999 y la Sentencia T-338 de 2009 de la Corte Constitucional, de las que se extraña que la Historia Clínica es un documento que goza de reserva, por lo tanto, sólo puede ser entregado al titular de la misma o a otra persona que tenga autorización del titular de la misma y que se encuentre dentro de las situaciones previstas en las normas, los procedimientos y protocolos de la Entidad. Ahora bien, en caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz, se entregará al responsable legal del paciente o autoridades judiciales previstas en la Ley. Por lo anterior, y teniendo en cuenta lo dispuesto en la Sentencia T-338 de 2009 se precisa que se entrega fiel copia de la Historia Clínica solicitada y que su uso se destinará exclusivamente a satisfacer las razones que motivan su solicitud, no siendo posible su publicación ni uso para fines diferentes. La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo promueve la privacidad de la información, la protección de datos personales y regula el uso de la información; conforme lo dispuesto en la Ley 1266 del 2008 de Habeas Data.

Firma del paciente: _____

CC. _____



HUELLA

NEGACION:

Le informamos que la Historia Clínica solicitada por usted no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con:

- a. ____ No la solicita el paciente.
- b. ____ No cumple con la entrega de los documentos establecidos en el procedimiento.
- c. ____ No reposa copia física en la Entidad.

REGISTRO DE ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA.

- Confirmo que he recibido copia fidedigna de mi historia clínica o negación en los términos correspondientes a las normas establecidas para el proceso.
- Autorizo recibir la historia clínica por correo electrónico, en caso de que el tamaño del archivo permita el envío al correo electrónico registrado en los datos del paciente.

FIRMA DEL PACIENTE O SOLICITANTE	FIRMA DEL REFERENTE DE HISTORIAS CLÍNICAS	FECHA DE ENTREGA.

