

DATOS DEL PACIENTE:							
NOMBRE COMPLETO:						FECHA:	
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	T.I.	C.E.	P.P.T.	PASAPORTE	N° DOCUMENTO	
TELEFONO:				CORREO:			

CALIDAD EN QUE ACTUA EL SOLICITANTE (Marque con una X la respuesta correspondiente)			
<input type="checkbox"/>	Paciente	<input type="checkbox"/>	Apoderado
<input type="checkbox"/>	Padre/Madre	<input type="checkbox"/>	Tercero autorizado

DATOS DEL SOLICITANTE (Si es diferente al paciente)						
NOMBRE COMPLETO:						
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	T.I.	C.E.	P.P.T.	PASAPORTE	N° DOCUMENTO
TELEFONO:					PARENTESCO	

De conformidad con el artículo 14 de la Resolución 1995 de 1999, la Historia Clínica es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por el paciente, el equipo de salud, su representante legal, las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la ley, y las demás personas autorizadas expresamente por el paciente o por disposición legal.

DOCUMENTO REQUERIDO (Marque con una X la respuesta correspondiente)					
<input type="checkbox"/>	Historia Clínica	<input type="checkbox"/>	Ordenes de Remisión	<input type="checkbox"/>	Lecturas
<input type="checkbox"/>	Exámenes	<input type="checkbox"/>	Formulas	<input type="checkbox"/>	Certificado de Incapacidad

Declaro que la información registrada es veraz y que cuento con la facultad legal para solicitar la documentación requerida. Autorizo la verificación de los datos y soportes aportados, así como el tratamiento de los datos personales conforme a la normatividad vigente. Reconozco el carácter reservado de la Historia Clínica y solicito expresamente su entrega, asumiendo la responsabilidad sobre el uso y custodia de la información suministrada.

FIRMA

NOMBRE:

C.C.

CALIDAD:

Elaboró 23/06/2026	Revisó 26/06/2026	Aprobó 30/06/2026
Auxiliar Administrativa	Líder de Seguridad de Paciente y Control Clínico	Dirección de Calidad e Ingeniería Clínica