

	FORMATO DE SOLICITUD DE REGISTROS CLINICOS DE USUARIOS	CÓDIGO: FA-GDO-004 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 de 4
---	---	---

EL FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO CON LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES Y CLAROS, SIN TACHONES NI ENMENDADURAS

Fecha de Solicitud: DÍA _____ MES: _____ AÑO: _____
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
<p>"Teniendo en cuenta que las historias clínicas contienen información confidencial y sensible se advierte a quienes las consultan o descargan que, asumen la obligación de dar a la información que reciben el buen uso que la ley señala y se comprometen a preservar la debida confidencialidad y reserva". Recuerde que la información que ingrese debe ser veraz para garantizar el trámite, en caso contrario la responsabilidad en la que se incurra recaerá sobre el usuario.</p> <p>De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al HUN para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales y para fines asistenciales, legales contractuales, comerciales, de investigación y académicos descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales del HUN, disponible en: https://www.uninorte.edu.co/web/hospital/politicas</p> <p>Autorizo que el archivo, la custodia y el tratamiento de mis datos personales, contenidos en los registros de mi historia clínica, reposen en los servidores (HC electrónica) y en la bodega de custodia ubicados en las instalaciones de HUN (dentro de Colombia) y, en caso de ser necesario, realizar la trasmisión y transferencia de mis datos a terceros países que cumplan con la normatividad vigente y estén avalados por la Súper Intendencia de Industria y Comercio (SIC), sin que esto afecte la disponibilidad de los datos."</p> <p style="text-align: center;">AUTORIZO: SI _____ NO _____</p>
DATOS PACIENTE QUE REALIZA LA SOLICITUD
<p>Yo _____ identificado con CC No _____</p> <p>en mi calidad de paciente, voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, solicito copia de:</p>
DATOS DEL FAMILIAR / REPRESENTANTE LEGAL O TERCERO AUTORIZADO QUE REALIZA LA SOLICITUD
<p>Yo _____ identificado con CC No _____</p> <p>en mi calidad de representante legal o familiar o tercero autorizado del paciente _____</p> <p>identificado con documento TIPO ___ No _____</p> <p>Parentesco verificable</p> <p><input type="checkbox"/> Padre o Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hijo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Esposo(a) / Compañero permanente(a)</p> <p>Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, solicito copia de:</p>

RESERVA LEGAL HISTORIA CLINICA: El artículo 34 de la Ley 23 de 1981. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley". Del mismo modo, el artículo 1° de la Resolución 1995 de 1999, señala: "ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: Art.14 Res.1995 De 1999 1) El usuario.2) El Equipo de Salud.3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.4) Las demás personas determinadas en la ley

HISTORIA CLINICA: Completa ____ o Parcial ____
 EPICRISIS
 DESCRIPCIONES QUIRURGICAS
 CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
 ACTA DE DEFUNCIÓN
 RESULTADO TSH
 INCAPACIDADES
 RESULTADOS DE LABORATORIOS
 ORDENES MEDICAS
 FORMULAS MEDICAS

Fecha de la atención requerida: ____/____/____

Con motivo de _____

FIRMA Y HUELLA

Firma del Paciente: _____ Nombres y Apellidos _____ No. Cédula _____ Teléfono de Contacto _____	Firma Persona Autorizada: _____ Nombres y Apellidos _____ No. Cédula _____ Teléfono de Contacto _____
--	--

CANAL DE ENTREGA (Marque con una x las opciones deseadas) tiempos de respuesta

IMPRESA (Entrega en Max 48 horas hábiles) <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico (Entrega en Max 4 horas hábiles) <input type="checkbox"/>
--	--

Solicito y autorizo que el registro clínico, sea enviada a través del siguiente correo electrónico

_____@_____

Certifico que soy el titular de la cuenta de correo suministrada y me responsabilizo de la custodia y usos de la historia clínica solicitada.

ESPACIO DILIGENCIADO POR GESTIÓN DOCUMENTAL

Fecha de entrega: Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Nombres y Apellidos de quien entrega: _____

DESCRIPCIÓN DE LO ENTREGADO

HISTORIA CLINICA: Completa ____ o Parcial ____
 EPICRISIS ____ DESCRIPCIONES QUIRURGICAS ____ ACTA DE DEFUNCIÓN ____
 CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ____ RESULTADO TSH ____ INCAPACIDADES ____
 RESULTADOS DE LABORATORIOS ____ ORDENES MEDICAS ____ FORMULAS MEDICAS ____

de Folios entregados _____

RESERVA LEGAL HISTORIA CLINICA: El artículo 34 de la Ley 23 de 1981. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley". Del mismo modo, el artículo 1° de la Resolución 1995 de 1999, señala: "ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: Art.14 Res.1995 De 1999 1) El usuario.2) El Equipo de Salud.3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.4) Las demás personas determinadas en la ley

Instructivo de Diligenciamiento

- Puede diligenciar este formato en computador o a mano. Tenga presente que es indispensable contar con la firma y huella en original del paciente y/o la del familiar o tercero autorizado.
- Una vez diligenciado el formato, se debe escanear y ser enviado al correo electrónico institucional correspondiente, junto con los documentos requeridos según el caso.

Si la consulta se recibió en el **Hospital Universidad del Norte**, se debe solicitar al CORREO HUN:
hun_gesdocventanilla@uninorte.edu.co

Si la consulta se recibió en el **Centro Medico Universidad del Norte**, se debe solicitar al CORREO CMU:
cmu_gesdocventanilla@uninorte.edu.co

Acepto y entiendo que debo adjuntar los siguientes documentos para la entrega de:

- HISTORIA CLINICA**
- EPICRISIS**
- DESCRIPCIONES QUIRURGICAS**

PACIENTE:

Formato de solicitud Código: FA-GDO-004 completamente diligenciado. Debe tener firma y huella del paciente en original
Copia de documento de identidad del paciente.

FAMILIAR AUTORIZADO:

Formato de solicitud Código: FA-GDO-004 completamente diligenciado.

Debe tener firma y huella en original por el paciente y el tercero autorizado.

- Se aceptará solo la firma del TERCERO AUTORIZADO en el caso de que el paciente se encuentre imposibilitado para firmar

Copia del documento de identidad del paciente.

Copia del documento de identidad del solicitante

Copia de documentación que acredite la relación de parentesco con el titular del registro clínico (Registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra-juicio).

MENORES DE EDAD:

Formato de solicitud Código: FA-GDO-004 completamente diligenciado. Debe tener firma y huella en original de padre/madre o del tercero autorizado

Documento de identidad del solicitante.

Copia del documento de identidad del menor (registro civil o tarjeta de identidad).

Documento que acredite el parentesco o como representante legal de menor (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como tutor legal)

PACIENTE FALLECIDO: Solo será entregada la copia del registro clínico al familiar cuyo grado de consanguinidad sea más cercano como padre, madre, hijos, hermanos, esposo(a) o pareja permanente

Formato solicitud Código: FA-GDO-004 completamente diligenciado. Debe tener firma y huella en original por el tercero autorizado

Copia del documento de identidad del solicitante

Copia de documentación que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (Registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio).

Copia del acta o registro civil de defunción

HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE	FORMATO DE SOLICITUD DE REGISTROS CLINICOS DE USUARIOS	CÓDIGO: FA-GDO-004 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 4 de 4
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE NACIDO VIVO FAMILIAR AUTORIZADO: Formato de solicitud Código: FA-GDO-004 completamente diligenciado. Debe tener firma y huella en original de padre o madre o del tercero autorizado Copia del documento de identidad del solicitante.		
<input type="checkbox"/> ACTA DE DEFUNCIÓN Solo será entregada la copia del registro clínico al familiar cuyo grado de consanguinidad sea más cercano como padre, madre, hijos, hermanos, esposo(a) o pareja permanente Formato solicitud Código: FA-GDO-004 completamente diligenciado. Debe tener firma y huella en original por el tercero autorizado Copia del documento de identidad del paciente Copia del documento de identidad del solicitante Copia del documentación que acredite la relación de parentesco con el titular (registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio).		
<input type="checkbox"/> RESULTADO TSH <input type="checkbox"/> INCAPACIDADES <input type="checkbox"/> RESULTADOS DE LABORATORIOS <input type="checkbox"/> ORDENES MEDICAS <input type="checkbox"/> FORMULAS MEDICAS PACIENTE / FAMILIAR AUTORIZADO Formato de solicitud Código: FA-GDO-004 completamente diligenciado. Debe tener firma y huella en original por el paciente y el tercero autorizado Copia del documento de identidad del paciente Copia del documento de identidad del solicitante tercero autorizado (en caso de que el paciente sea un menor de edad o no se encuentre en condiciones de realizar la solicitud de forma directa)		

RESERVA LEGAL HISTORIA CLINICA: El artículo 34 de la Ley 23 de 1981. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley". Del mismo modo, el artículo 1° de la Resolución 1995 de 1999, señala: "ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: Art.14 Res.1995 De 1999 1) El usuario.2) El Equipo de Salud.3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.4) Las demás personas determinadas en la ley