

	ESTADISTICA		CODIGO: E-ET-FO-01	
			VERSIÓN: 3.0	
	FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA		FECHA DE APROBACIÓN: 19/06/2026	

CIUDAD:					FECHA	D	M	A				
INFORMACIÓN DEL PACIENTE												
NOMBRES Y APELLIDOS												
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC		CE		PA		TI		RC		NUMERO:	
PERIODO REQUERIDO	Desde:					Hasta:				HUELLA		
DIRECCIÓN												
TELEFONO												
CORREO												

Para realizar este tramite por correo electronico, debe: Hacer llegar el presente formato diligenciado y sus anexos al correo: **historiaclinica@esehospitalguaviare.gov.co**
 Autorizo a la E.S.E. Hospital San José del Guaviare para remitir copia de mi historia clínica al correo electrónico suministrado en esta solicitud. Declaro que dicho correo corresponde a una cuenta bajo mi control y asumo la responsabilidad sobre la custodia y confidencialidad de la información enviada.

AUTORIZACIÓN A TERCEROS												
La entrega de historia clínica a un tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella. La ESE Hospital San Jose del Guaviare entregará la historia solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de la veracidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante.												

INFORMACIÓN DE TERCEROS												
NOMBRES Y APELLIDOS												
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.	CC		CE		PA		TI		RC		NUMERO:	
CALIDAD DEL SOLICITANTE:	REPRESENTANTE LEGAL				FAMILIAR				PARENTESCO			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.	CC		CE		PA		NUMERO:					
MOTIVO DE LA SOLICITUD											HUELLA	
DIRECCIÓN												
TELEFONO												
CORREO												

"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 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" Resolución 1995 de 1999.

FIRMA DEL PACIENTE Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA DEL TERCERO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN

Para dar trámite a la solicitud se requiere anexar la siguiente documentación según el caso:

Solicitud directa del paciente: Copia de documento de identidad del paciente.

Solicitud por terceros (familiar o representante legal): Copia del documento de identificación del autorizado, Carta de autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella y copia del documento de identificación del paciente.

Solicitud para Menores de edad: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento del menor, registro civil donde conste el parentesco o documento legal que lo acredite como representante legal del menor de edad.

Paciente Fallecido: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del certificado de defunción del fallecido y registro civil de matrimonio o declaración extra juicio, donde conste el parentesco.

Paciente inconsciente: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento de identificación del paciente y registro civil de matrimonio o declaración extra juicio, donde conste el parentesco

***La copia de la historia clínica será entregada dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la radicación completa de la solicitud y sus anexos.**