



**SOLICITUD DE FOTOCOPIA DE HISTORIA CLINICA,  
CERTIFICADOS Y/O INCAPACIDAD**

Código: F-GTI:GD-08

Vigencia: 8/08/2023

Versión: 05

Página 1 de 2

DIA  MES  AÑO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Tipo Doc. Identidad  No: \_\_\_\_\_ FECHA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ SERVICIO DE ATENCIÓN:

URGENCIA  HOSPT. / UCI  CIRUGIA  SERVICIOS AMBULATORIOS

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN \_\_\_\_\_

EMPRESA RESPONSABLE / ASEGURADORA \_\_\_\_\_

DOCUMENTO SOLICITADO: HISTORIA CLINICA  RESUMEN(EPICRISIS)  CERTIFICADO ESTANCIA

MOTIVO DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

QUIEN REALIZA LA SOLICITUD:

PACIENTE  PRIMER GRADO DE CONSEGUINIDAD  TERCEROS

EN CASO NO SER EL PACIENTE

MOTIVO DE NO REALIZAR LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

**PERSONA AUTORIZADA**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ C.C. No: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

\*Si la persona autorizada es un tercero, debe diligenciar el formato de autorización a la Clínica del Caribe de la copia de historia clínica a terceros.

¿CÓMO DESEA RECIBIR LA COPIA DE HISTORIA CLINICA?

PERSONALMENTE EN RECEPCION PRINCIPAL  CORREO ELECTRONICO\*

\* Debe diligenciar el formato de autorización a la Clínica del Caribe el envío de la copia de historia clínica por el canal de correo electrónico.

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR QUE REALIZA LA SOLICITUD		FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD	
FUNCIONARIO QUE ENTREGA LA HC	No. DE FOLIOS RECIBIDOS	FIRMA Y FECHA ACEPTACIÓN RECIBO DEL DOCUMENTO	

**COSTO DEL SERVICIO: \$3.000 CUBRE HASTA 10 FOTOCOPIAS. COSTO FOTOCOPIA ADICIONAL \$100 C/U  
ENTREGA A LOS 3 DÍAS HÁBILES DE RECIBIDA LA SOLICITUD. HORARIO 08:00 AM- 12:00 M Y 1:00 PM- 5:00 PM DE LUNES A VIERNES**

Barranquilla, \_\_\_\_\_

Señores  
**Clínica Del Caribe S.A**  
Calle 80 No. 49C-65  
Ciudad

**Asunto: Solicitud copia de Historia Clínica por Medio Electrónico**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con CC. \_\_, CE. \_\_, P.A \_\_, No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en mi calidad de paciente, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, solicito copia de mi Historia Clínica de manera Electrónica.

Solicito me sea enviada al siguiente correo electrónico: \_\_\_\_\_

Acepto que, para obtener copia de la Historia Clínica, debo adjuntar:

- Solicitud de copia de Historia Clínica, Certificados y/o Incapacidad
- Carta de autorización de entrega de copia de Historia Clínica electrónica
- Fotocopia del documento de identidad del paciente
- Fotocopia del documento de identidad del representante legal en caso de que lo amerite.
- Formato autorización entrega de copia de Historia Clínica a tercero en caso de que lo amerite

FIRMA DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLINICA

\_\_\_\_\_

HUELLA DEL TITULAR



**"Norma para el Manejo de las Historias Clínicas"**  
**Resolución 1995 de 1999 (Artículo1)**

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 solo puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.