

Historia Clínica

Reseña normativa

Teniendo en cuenta las definiciones normativas vigentes en nuestro país hace descripciones puntuales en relación con la **protección y confidencialidad de las historias clínicas** y a continuación se relacionan:

- La Resolución 1995 de 1999 señala claramente que “la historia clínica es un documento privado, sometido a reserva y que sólo puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.
- Sentencia T - 182/09 - Corte Constitucional. Para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico.
- Ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y su decreto reglamentario. Decreto 1377 de 2013.



Historia Clínica

Requisitos para la solicitud

Solicita la copia de la Historia Clínica enviando un correo a **historiaclinica@cafam.com.co** anexando los documentos requeridos, debidamente diligenciados, con la firma escaneada y realizando la descripción de la o las fechas solicitadas, o si se requiere completa.

Si la solicitud es realizada por el paciente debe presentar:

- Su documento de identificación escaneado y legible.
- Formato Solicitud de historia clínica diligenciado completamente. (Para visualizar el formulario por favor dirigirse a la última página de este documento).

Si la solicitud es realizada por un familiar o tercero autorizado por el paciente debe presentar:

- El documento de identificación escaneado y legible de la persona autorizada.
- Documento de identidad del paciente escaneado y legible. 3. Formato solicitud de historia clínica totalmente diligenciado y con las firmas escaneadas del paciente y de la persona autorizada. (Para visualizar el formulario por favor dirigirse a la última página de este documento).

Si el paciente es menor de edad, el trámite lo deben realizar los padres o representante legal, deben presentar:

- Documento de identificación original del padre, madre o representante legal.
- Copia de documento de identificación del menor.
- Copia del documento que lo acredite como padre, madre o representante legal (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).
- Formato solicitud de historia clínica debidamente diligenciado. (Para visualizar el formulario por favor dirigirse a la última página de este documento)

Pacientes fallecidos o pacientes que no se encuentren en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental y físico debe presentar:

- Su documento de identificación original.
- La documentación actualizada que demuestre la relación de parentesco con el paciente fallecido (copia registro civil de nacimiento, matrimonio).
- Copia del registro civil de defunción.
- Una carta de solicitud firmada por los padres o representante legal, o el formato solicitud de historia clínica.





SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA

SALUD

La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de menor de edad o de una persona con incapacidad, esta se entregará al responsable, representante legal del paciente o autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).

DATOS DEL PACIENTE

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> PT	<input type="text"/>
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	TIPO DOC. DE IDENTIDAD	NÚMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELÉFONO(S) DE CONTACTO	FECHAS DE CONSULTA DE LA HISTORIA	

MOTIVO DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Para validar incapacidad frente a empleador	<input type="checkbox"/> Por solicitud solicitud personal del Usuario	<input type="checkbox"/> Por solicitud valoración médica particular
<input type="checkbox"/> Por solicitud Institución Educativa	<input type="checkbox"/> Para gestionar la pensión	<input type="checkbox"/> Por cambio de EPS
<input type="checkbox"/> Por solicitud de ARL	<input type="checkbox"/> Por solicitud de Famisanar EPS	<input type="checkbox"/> Por solicitud de la Secretaria de Salud
<input type="checkbox"/> Por solicitud Ministerio de la Protección Social	<input type="checkbox"/> Por solicitud de la Superintendencia de Salud	<input type="checkbox"/> Por solicitud de profesional médico para establecer enfermedad profesional
<input type="checkbox"/> Por solicitud de la Fiscalía	<input type="checkbox"/> Por solicitud de la Policia Nacional	<input type="checkbox"/> Por solicitud de un juzgado
<input type="checkbox"/> Otro tipo de solicitud	¿Cual? <input type="text"/>	

DATOS DEL AUTORIZADO

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> PE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL AUTORIZADO	TIPO COD. IDENTIDAD	NUMERO DOC IDENTIDAD	TELEFONO DE CONTACTO	PARENTESCO

CORREO ELECTRONICO PARA ENVIO DE HISTORIA CLÍNICA

<input type="text"/>
CORREO ELECTRONICO

Certifico que es una cuenta de correo propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica

AUTORIZACION ENTREGA HISTORIA CLÍNICA FISICA O CD

Recuerde que cada folio impreso tiene un valor de 300 pesos, en ese orden de ideas, autoriza la impresión de todos los folios que se generen a partir de su solicitud? Si _____ No _____

Si su solicitud incluye más de 30 folios, desea que la historia clínica sea entregada en un CD, con un valor unico de 5.000 pesos?
Si _____ No _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>
FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL AUTORIZADO

SU SOLICITUD SERÁ ENTREGADA 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS