



**Asistencia  
Médica**  
Afiliase a la Tranquilidad

**FORMATO SOLICITUD DE COPIA DE  
HISTORIA CLINICA**

Código: DMFCHC-50

Versión: 2

Vigencia: 23/09/2019

Página 1 de 1

Fecha Solicitud: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	
Tipo Identificación:	CC: <input type="checkbox"/> CE: <input type="checkbox"/> TI: <input type="checkbox"/> RC: <input type="checkbox"/> NUIP: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/>
Documento Identificación:	
Teléfono y/o Celular:	
Dirección:	
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE	
Paciente: <input type="checkbox"/>	Familiar y/o Representante: <input type="checkbox"/>
<i>Diligencie los siguientes datos, solo si es Familiar y/o Representante.</i>	
Nombre:	
Tipo Identificación:	CC: <input type="checkbox"/> CE: <input type="checkbox"/> TI: <input type="checkbox"/> RC: <input type="checkbox"/> NUIP: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/>
Documento Identificación:	
Teléfono y/o Celular:	
Dirección:	
Parentesco:	
SOLICITUD COPIA DE LA HISTORIA CLINICA	
<i>Marque Con una "X"</i>	
Fecha Específica:	<input type="checkbox"/> Cual?
Ultima Atención:	<input type="checkbox"/> Cual?
Historial Clínico (Desde Afiliación AME)	<input type="checkbox"/>
FORMA ENTREGA DE LA COPIA DE LA HISTORIA CLINICA	
Físico: <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico: <input type="checkbox"/>
<p>Yo, _____; Solicito y Autorizo que la Historia Clínica, se enviada a través de la siguiente dirección de correo electrónico:</p> <p><b>Correo Electrónico:</b> _____.</p> <p>CERTIFICO QUE EL CORREO ELECTRONICO CORRESPONDE A MI CUENTA PERSONAL Y ME RESPONSABILIZO DE LA CUSTODIA DE LA HISTORIA CLINICA POR MEDIO DE ESTE CANAL.</p>	

FIRMA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_.

DOCUMENTO IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_.

La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo podrá ser entregado al titular de la misma o con previa autorización de un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregara al responsable legal del paciente, autoridades judiciales prevista en la ley (Resolución 1995 de 1999). En caso de fallecimiento del paciente, la historia clínica solo se entregará a quien tenga primer grado de consanguinidad (Hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (Esposo (a) o compañero (a) permanente).