

 <b>Asistencia Médica</b> <i>Afílese a la Tranquilidad</i>	<b>PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLINICA</b>	Código: DMPCHC-50
		Versión: 2
		Vigencia: 23/09/2019
		Página 1 de 6

## PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLINICA

### 1. DEFINICIÓN

Proceso mediante el cual se estandarizan los requisitos para solicitar la copia de la Historia Clínica. Según la Resolución 1995 de 1999 establece que 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.

### 2. OBJETIVOS

Establecer ante el personal Administrativo, Operativo y comercial el procedimiento que se debe realizar para dar respuesta a la Solicitud de copia de Historia Clínica al Usuario en cada una de las sedes de Asistencia Médica SAS Servicio de Ambulancia Prepagado.

### 3. RESPONSABLES

- Dirección /Coordinación Médica
- Líder de Gestión Documental
- Coordinación de Calidad

### 4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

SOLICITUD PRESENCIAL Y/O ESCRITO	
PERSONA QUE SOLICITA	DOCUMENTOS SOLICITADOS
PACIENTE	1. Documento de Identificación Original (No se aceptan Fotocopias).
FAMILIAR O TERCERO AUTORIZADO	1. Documento de Identificación Original de la persona solicitante. 2. Copia del Documento de identificación del usuario.

ELABORO: LAURA NATHALIA LEAL BELTRAN	REVISÓ: COMITÉ DE CALIDAD	APROBÓ: GUSTAVO VIVAS MONCADA
CARGO: Coordinador de Calidad	CARGO: Asesor	CARGO: Gerente General
FECHA: 29/08/2017	FECHA: 30/08/2017	FECHA: 30/08/2017
Este documento y su contenido es propiedad de AME servicios de ambulancia, calle 53 # 29-36, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita, de acuerdo al proceso establecido para el caso.		



	<ol style="list-style-type: none"> <li>Una carta de Autorización firmada por el usuario y el familiar o tercero autorizado, autenticada por Notaria.</li> <li>Diligenciar el Formato de Solicitud de Historias Clínicas DM-FSCHC.</li> </ol>
<b>PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Documento de Identificación Original de la persona solicitante.</li> <li>Copia del documento de identidad (Registro Civil y/o Tarjeta de Identidad) del menor.</li> <li>Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (Registro Civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal con fecha de expedición no mayor a 3 meses).</li> <li>Diligenciar el Formato de Solicitud de Historias Clínicas DM-FSCHC.</li> </ol>
<b>FAMILIAR DE UN USUARIO FALLECIDO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Documento de Identificación Original de la persona solicitante.</li> <li>Copia del registro civil de (Nacimiento, Matrimonio o Declaración Extra juicio Según sea el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la Historia Clínica.</li> <li>Copia del certificado de defunción, para verificar que el usuario falleció.</li> <li>Carta donde se explique el motivo detalladamente de la Solicitud de la Historia Clínica.</li> <li>Diligenciar el Formato de Solicitud de Historias Clínicas DM-FSCHC.</li> </ol>
<b>FAMILIAR DE UN USUARIO EN ESTADO DE INCAPACIDAD Y MAYOR DE EDAD ( INCONSCIENTE, CON INCAPACIDAD MENTAL O FISICA)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Documento de Identificación Original de la persona solicitante.</li> <li>Copia del registro civil de (Nacimiento, Matrimonio o Declaración Extra juicio Según sea el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la Historia Clínica.</li> <li>Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico, mental del usuario o sentencia del juez; y el poder amplio y suficiente para realizar trámites en su nombre.</li> <li>Carta donde se explique el motivo detalladamente de la Solicitud de la Historia Clínica.</li> <li>Diligenciar el Formato de Solicitud de Historias Clínicas DM-FSCHC.</li> </ol>
<b>SOLICITUD TELEFONICA Y/O VIA WEB</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Se hará el requerimiento al siguiente correo electrónico según la sede donde se reciba la atención:</li> </ol>	

ELABORO: LAURA NATHALIA LEAL BELTRAN	REVISÓ: COMITÉ DE CALIDAD	APROBÓ: GUSTAVO VIVAS MONCADA
CARGO: Coordinador de Calidad	CARGO: Asesor	CARGO: Gerente General
FECHA: 29/08/2017	FECHA: 30/08/2017	FECHA: 30/08/2017
Este documento y su contenido es propiedad de AME servicios de ambulancia, calle 53 # 29-36, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita, de acuerdo al proceso establecido para el caso.		



**Sede Bucaramanga:**

E-mail: [historiasclinicasbuc@amesalud.com](mailto:historiasclinicasbuc@amesalud.com)

Teléfono: (037) 6577171 Extensión 127

**Sede Santa Marta:**

E-mail: [historiasclinicassantamarta@amesalud.com](mailto:historiasclinicassantamarta@amesalud.com)

Teléfono: (035) 4209027 Extensión 103

**Sede Cúcuta:**

E-mail: [coordinadorcalidadcucuta@amesalud.com](mailto:coordinadorcalidadcucuta@amesalud.com)

Teléfono: (037) 5772323 Extensión 115

2. Se debe anexar:
  - 2.1 Los requerimientos correspondientes anteriormente nombrados y con firmas escaneadas.

## 6. TIEMPO DE ENTREGA DE LA HISTORIA CLINICA

Si la solicitud de la Historia Clínica se realizó de forma presencial, escrita, telefónica y/o vía Web, la entrega se hará dentro de los 3 días hábiles siguientes a la solicitud.

## 7. FORMA DE ENTREGA DE LA HISTORIA CLINICA

Si la solicitud de la Historia Clínica se realizó de forma presencial, escrita y/o telefónica se hará entrega de la copia de la Historia clínica impresa sin costo alguno.

## 8. HORARIO DE ATENCIÓN PARA LA SOLICITUD Y/O ENTREGA DE HISTORIA CLINICA.

### AME, ASISTENCIA MÉDICA

**Ciudad:** Bucaramanga, Santander.

**Dirección:** Avenida González Valencia Calle 53 N° 29 – 36. Sotomayor.

**De Lunes a Viernes:** De 7:00 am a 12:00m y de 2:00 pm a 5:00 pm.

**Teléfonos:** (037) 6577171 Extensión 127.

**Correo electrónico:** [historiasclinicasbuc@amesalud.com](mailto:historiasclinicasbuc@amesalud.com)

ELABORO: LAURA NATHALIA LEAL BELTRAN	REVISÓ: COMITÉ DE CALIDAD	APROBÓ: GUSTAVO VIVAS MONCADA
CARGO: Coordinador de Calidad	CARGO: Asesor	CARGO: Gerente General
FECHA: 29/08/2017	FECHA: 30/08/2017	FECHA: 30/08/2017
Este documento y su contenido es propiedad de AME servicios de ambulancia, calle 53 # 29-36, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita, de acuerdo al proceso establecido para el caso.		

	<b>PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLINICA</b>	Código: DMPCHC-50
		Versión: 2
		Vigencia: 23/09/2019
		Página 4 de 6

**Ciudad:** Santa Marta, Magdalena.

**Dirección:** Avenida Libertador 16D – 21 Barrio Riascos.

**De Lunes a Viernes:** De 8:00 am a 12:00m y de 2:00 pm a 6:00 pm.

**Teléfonos:** (035) 4209027 Extensión 103.

**Correo electrónico:** [historiasclinicassantamarta@amesalud.com](mailto:historiasclinicassantamarta@amesalud.com)

**Ciudad:** Cúcuta, Norte de Santander.

**Dirección:** Avenida 5E N° 9 – 07 Urbanización Sayago.

**De Lunes a Viernes:** De 7:00 am a 12:00m y de 2:00 pm a 6:00 pm.

**Teléfonos:** (037) 5772323 Extensión 115.

**Correo electrónico:** [coordinadorcalidadcucuta@amesalud.com](mailto:coordinadorcalidadcucuta@amesalud.com)

## 9. BIBLIOGRAFIA

- Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen las normas para el Manejo de la Historia clínica. Ministerio de Salud.
- Resolución 839 de 2017. Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.

## 10. ANEXOS:

### 10.1 Formato Solicitud de Copia de Historia Clínica.

ELABORO: LAURA NATHALIA LEAL BELTRAN	REVISÓ: COMITÉ DE CALIDAD	APROBÓ: GUSTAVO VIVAS MONCADA
CARGO: Coordinador de Calidad	CARGO: Asesor	CARGO: Gerente General
FECHA: 29/08/2017	FECHA: 30/08/2017	FECHA: 30/08/2017
Este documento y su contenido es propiedad de AME servicios de ambulancia, calle 53 # 29-36, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita, de acuerdo al proceso establecido para el caso.		



**Asistencia Médica**  
Afíliese a la Tranquilidad

**PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLINICA**

Código: DMPCHC-50

Versión: 2

Vigencia: 23/09/2019

Página 5 de 6

	<b>FORMATO SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA</b>	Código: DMPCHC-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"/> TE: <input type="checkbox"/> RC: <input type="checkbox"/> NIPI: <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"/>
Obligación de diligenciar datos, solo si es Familiar y/o Representante.	
Nombre:	
Tipo Identificación:	CC: <input type="checkbox"/> CE: <input type="checkbox"/> TE: <input type="checkbox"/> RC: <input type="checkbox"/> NIPI: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/>
Documento identificación:	
Teléfono y/o Celular:	
Dirección:	
Parentesco:	
SOLICITUD COPIA DE LA HISTORIA CLINICA	
Fecha Especifica:	<input type="checkbox"/> Cual?
Ultima Atención:	<input type="checkbox"/> Cual?
Historial Clínico (Desde Afiliación AME)	<input type="checkbox"/>
Marque con una "X"	
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 envíe a través de la siguiente dirección de correo electrónico:</p> <p>Correo Electrónico: _____</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 muerte de un menor de edad o persona incapacitada se entregará al responsable legal del paciente, acreditados judicialmente previstos en la ley (Resolución 1995 de 1988). En caso de fallecimiento del paciente, la historia clínica solo se entregará a quien tenga primer grado de consanguinidad (Hijos al ser casado, hermano al ser soltero) o hijo (Hijas o hijas) o conyugales (esposas).

ELABORO: LAURA NATHALIA LEAL BELTRAN	REVISÓ: COMITÉ DE CALIDAD	APROBÓ: GUSTAVO VIVAS MONCADA
CARGO: Coordinador de Calidad	CARGO: Asesor	CARGO: Gerente General
FECHA: 29/08/2017	FECHA: 30/08/2017	FECHA: 30/08/2017
Este documento y su contenido es propiedad de AME servicios de ambulancia, calle 53 # 29-36, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita, de acuerdo al proceso establecido para el caso.		



**Asistencia  
Médica**  
*Afiliarse a la Tranquilidad*

**PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE COPIA DE  
LA HISTORIA CLINICA**

Código: DMPCHC-50

Versión: 2

Vigencia: 23/09/2019

Página 6 de 6

## 11. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSION	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBADO POR:
29/08/2017	1	Creado del documento: Coordinación de Calidad	Comité de Calidad
23/09/2019	2	Actualización: Datos Sede Santa Marta y Cúcuta	Comité de Calidad

ELABORO: LAURA NATHALIA LEAL BELTRAN	REVISÓ: COMITÉ DE CALIDAD	APROBÓ: GUSTAVO VIVAS MONCADA
CARGO: Coordinador de Calidad	CARGO: Asesor	CARGO: Gerente General
FECHA: 29/08/2017	FECHA: 30/08/2017	FECHA: 30/08/2017
Este documento y su contenido es propiedad de AME servicios de ambulancia, calle 53 # 29-36, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización escrita, de acuerdo al proceso establecido para el caso.		