AMBU MEDIC	**FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES MENORES DE EDAD, DISCAPACITADOS O FALLECIDOS**	**CÓDIGO**: HC-FM-08
		VERSIÓN: 1
		FECHA: SEPTIEMBRE 2021

En AMBUMEDIC SAS valoramos sus derechos como paciente. Por respeto a su derecho a la intimidad y de acuerdo con la ley vigente, le invitamos a conocer la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Protección Social, por la cual se establecen los derechos del paciente, que reza: "Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social: (…)4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que solo con su autorización, puedan ser conocidos. (…)" así mismo, la ley 23 de 1981, en su Artículo 34, señala que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de un paciente. Es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley. Y, la 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. Es por ello que, con el ánimo de proteger la confidencialidad de la información personal y la reserva propia de la historia clínica AMBUMEDIC SAS debe contar con una solicitud expresa para la entrega formal de cualquier documento clínico.

Fecha de solicitud: ___/___/___

Yo,_____ identificado con el documento N°: _____ de _____, con parentesco de: _____ (padre, madre, hijo/a, esposo/a).

Solicito copia de la historia clínica de _____ identificado con el documento N° _____ de _____, en condición de:
Menor de edad ( ).
Inconsciente o con incapacidad física o mental ( ).
Fallecido ( ) el día ___/___/____.

Y que éste sea enviada al correo electrónico

_____.

OBSERVACIONES_____
_____
_____

*"La información contenida en el presente documento es propiedad de AMBUMEDIC SAS, la cual es **CONFIDENCIAL**. Las personas que la reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido"*

AMBU MEDIC	**FORMATO SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTES MENORES DE EDAD, DISCAPACITADOS O FALLECIDOS**	**CÓDIGO**: HC-FM-08
		VERSIÓN: 1
		FECHA: SEPTIEMBRE 2021

Acepto que, para obtener copia de historia clínica del paciente en mención, el solicitante debe presentar:

Paciente menor de edad:
• Documento de identidad del paciente y del solicitante.
• Documento actualizado que certifique el parentesco (registro civil de nacimiento).

Paciente con incapacidad de autorizar (Inconsciente o con incapacidad física o mental):
• Documento de identidad del paciente y del solicitante.
• Documento actualizado que certifique el parentesco (registro civil de nacimiento, registro de matrimonio, extra juicio matrimonial).

Paciente fallecido:
• Documento de identidad del paciente y del solicitante.
• Documento actualizado que certifique el parentesco (registro civil de nacimiento, registro de matrimonio, extra juicio matrimonial).
• Certificado de defunción del paciente fallecido.

_____
Firma y huella del solicitante

NOMBRE: _____
DOCUMENTO: _____

Recibo de Conformidad: Nombre. _____ Documento: _____Fecha: ___/___/___ N° de Historia: _____

*"La información contenida en el presente documento es propiedad de AMBUMEDIC SAS, la cual es **CONFIDENCIAL**. Las personas que la reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido"*