

	E.S.E RAFAEL TOVAR POVEDA FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA	Código: AP-GSI-GD-F001
		Fecha de aprobación: 14/10/2025
		Versión: 01

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha de solicitud:	Día _____ Mes _____ Año _____
Nombre del solicitante:	_____
Cedula de ciudadanía:	_____ Expedida: _____
Dirección de residencia:	_____
Teléfono o Celular:	_____
Correo electrónico:	_____
Historia Clínica de:	Propia: _____ Padre/Madre: _____ Hijo _____ Conyugue: _____
La copia de la historia clínica se requiere para:	_____
Firma del solicitante:	_____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	_____
Tipo ID CC: ___ TI: ___ RC: ___ CNV: ___ N.º Identificación Paciente:	_____ Vivo: Sí ___ No ___
Dirección de residencia:	_____
Teléfono o Celular:	_____
Correo electrónico:	_____
¿La historia clínica se requiere completa? Sí ___ No ___ Fecha de Atención:	_____
En el área o servicio de:	_____

DATOS DE ENTREGA

<i>Recuerde que tiene la obligación de utilizar este documento exclusivamente para los fines legalmente permitidos, garantizando en todo momento la reserva y confidencialidad de la información, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la Resolución N.º 1995 de 1999.</i>	
Firma quien recibe:	_____
Nombre de quien recibe:	_____
Cedula de ciudadanía:	_____ Expedida _____
Fecha de entrega:	Día: _____ mes: _____ año: _____ hora: _____
Entregado en: medio físico ___ Número de folios: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;"> HUELLA </div>
medio digital ___ Número de folios: _____ correo electrónico: _____	
dispositivo de almacenamiento: CD ___ memoria USB _____	
Entregado por: _____ Firma: _____	
Responsable de Archivo de Historia Clínica.	

Resolución 1995 de 1999 Artículo 1° “LA HISTORIA CLÍNICA únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del Paciente o en casos previstos por la Ley”.

Sentencia T-182 de 2009: 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, la Historia Clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos por la ley. La reserva profesional no se levanta con la muerte del paciente

REQUISITOS PARA ENTREGA DE LA COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

- **Adultos:** Cédula de Ciudadanía por ambas caras
- **Menores:** Registro Civil y Cédula del Padre y/o Madre o Custodio
- **Paciente Fallecido:** Certificado de defunción, Certificación del parentesco con el fallecido (Registro Civil, Partida de Matrimonio, Certificado Extra Juicio en caso de unión marital de hecho), Fotocopia documento de identidad del fallecido, Fotocopia cédula solicitante por ambas caras, se autoriza hasta tercer grado de consanguinidad el fallecido.

Nota 1: Documentos para copia de Historia Clínica de hermanos, deben ser autenticados en una Notaría el parentesco.

Nota 2: La copia de la Historia Clínica será enviada previa verificación de su solicitud al correo electrónico suministrado por el usuario. En caso de impresión el costo de la papelería será asumido por el solicitante.

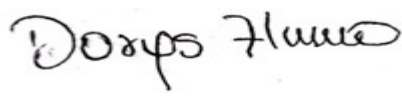

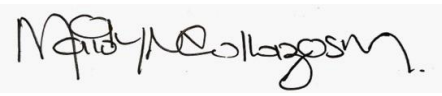
Nota 3: Enviar la solicitud de historia clínica al correo: ventanillaunica@rafaeltovarpoveda.gov.co y/o presencial a la oficina de Ventanilla Única.

HORARIO DE SOLICITUD Y ENTREGA

Lunes a jueves de 07:00 am a 12:00 am y 02:00 pm a 06:00 pm

Viernes 07:00 am a 12:00 am y 01:00 pm a 04:00 pm

	E.S.E RAFAEL TOVAR POVEDA FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA	Código: AP-GSI-GD-F001
		Fecha de aprobación: 14/10/2025
		Versión: 01

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de aprobación
01	Elaboración del documento por requisito normativo.	14/10/2025
Elaborado por:		
Revisado por:		
Aprobado por:		
 Firma:	 Firma:	 Firma
Nombre: Dorys Enith Almario Estrada Cargo: Asesora de Calidad.	Nombre: Yeny Carmona Guillen Cargo: Subgerente Científica	Nombre: Maily Nayiver Collazos Cargo: Subgerente Administrativa y Financiera