



## FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA POR USUARIOS Y/O TERCEROS

Versión: 02

Vigente desde:  
18-07-2022

Código: FO-CE-025

Página 2 de 2

Fecha de solicitud:

Día Mes Año

### 1. DATOS DE QUIEN SOLICITA LA HISTORIA CLÍNICA

Tipo de Identificación: CC: \_\_ TI: \_\_ CE: \_\_ PA: \_\_ OTRO: \_\_ ¿Cuál? \_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Solicitud realizada: A nombre propio: \_\_\_\_\_

Por un familiar, tercero autorizado, representante legal o tutor responsable: \_\_\_\_\_

Por un familiar de primer grado de consanguinidad: \_\_\_\_\_

Motivo de la solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Información solicitada y período correspondiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto Solo puede ser entregado al titular de esta o a un tercero con autorización firmada por el titular. En caso de tratarse de menor de edad o de persona en condición de discapacidad se entregará al responsable o Representante Legal del usuario o a autoridades judiciales previstas en la Ley (Resolución 1995 de 1999).

Si usted indicó en la anterior pregunta que la solicitud es realizada por tercero autorizado, por favor diligencie los siguientes campos:

### 2. DATOS DE QUIEN AUTORIZA

Tipo de usuario: Cotizante: \_\_\_\_\_ Beneficiario: \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: CC: \_\_ TI: \_\_ CE: \_\_ PA: \_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con tipo de documento \_\_ No. \_\_\_\_\_, en mi calidad de: usuario cotizante \_\_, usuario beneficiario \_\_, tercero autorizado \_\_, identificado con tipo de documento: \_\_ No. \_\_\_\_\_ autorizo expresamente a CECAM IPS para hacer uso y tratamiento de los datos personales del usuario cotizante \_\_ beneficiario \_\_, de conformidad con lo previsto en la Política de Tratamiento de Datos Personales y Política de Privacidad de CECAM IPS.

Firma

Tipo y No. de Documento de identificación

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Analista de Calidad	Coordinación Medica de Sede	Gerente Prestación de Servicios