

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | FORMATO SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA POR USUARIOS Y/O TERCEROS | Versión: 03 |
| | | Vigente desde: 12-01-2024 |
| | | Código: FO-CE-025 |
| | | Página 1 de 1 |

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: _____

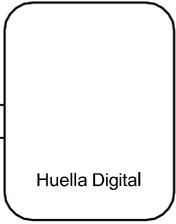
Solicitud realizada: A nombre propio: _____

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 Bienestar 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 Bienestar IPS.

Firma
Tipo y No. de Documento de identificación

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