

**SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLINICA**  
PACIENTE, FAMILIAR O TERCERO AUTORIZADO

FECHA DE SOLICITUD		
DD	MM	AA

1. INFORMACION DEL PACIENTE						
NOMBRES Y APELLIDOS						
TIPO DOCUMENTO		CC	TI	RC	CE	PS
CELULAR O FIJO:		CORREO ELECTRONICO:				

2. INFORMACION DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O TERCERO AUTORIZADO						
NOMBRES Y APELLIDOS						
TIPO DOCUMENTO		CC	CE	PS	No.	
PARENTESCO						
CELULAR O FIJO:		CORREO ELECTRONICO:				
PACIENTE FALLECIDO		<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
PACIENTE CON INCAPACIDAD		<input type="checkbox"/>	FISICA	<input type="checkbox"/>	MENTAL	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE

3. MOTIVO O DESCRIPCION DE LA SOLICITUD COPIA HISTORIA CLINICA						

FORMA DE ENTREGA COPIA HISTORIA CLINICA AL SOLICITANTE



Cualquier inquietud comiquesse al numero **6600160**, HORARIO DE ATENCION AL USUARIO **LUNES A VIERNES 7:30 AM A 5:30 PM JORNADA CONTINUA** o al correo [historiasclinicas@dime.com.co](mailto:historiasclinicas@dime.com.co)

**LEY 23 DE 1981 (ART 34) / RESOLUCIONES 1995/1999 - 839/2017 MinSalud (ART 1)** : 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 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"

**LEY 1581 DE 2012 Habeas Data:** La regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación. Esta ley se aplica a las bases de datos o archivos que contengan datos personales de personas naturales.

**ESPACIO SOLO PARA FUNCIONARIO CLINICA DIME**

---

Nombre y Apellido Completo

**ESPACIO SOLO PARA USUARIO O FAMILIAR AUTORIZADO**

---

Nombre y Apellido Completo

FECHA DE ENTREGA AL  
SOLICITANTE

DD	MM	AA

NOTA: DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A. suministrará el formato **FR023 TIC Solicitud Copia de Historia Clínica** para ser diligenciado a mano por el solicitante; al respaldo de este documento encontrará los requisitos establecidos por la ley para solicitar Copia de la historia clínica y será entregado en **(5) cinco días** hábiles después de radicado este documento.

**SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA** ¿Cuáles son los requisitos para solicitar copia de la Historia Clínica?

La normatividad colombiana es cautelosa en la protección y confidencialidad y señala que la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley, Resolución 1995 de 1999 Min. Salud / Min. Protección Social

Por lo que le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación:

**1) Si Usted es el paciente debe presentar:**

- a) Documento de identificación original y copia

**2) Si Usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente debe presentar:**

- a) Documento de identificación original y una copia.
- b) Copia del documento de identificación del paciente.
- c) Copia del registro civil de nacimiento o declaración extrajurídico con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (**familiar autorizado en primer grado**)
- d) Una carta de autorización escrita, firmada por el paciente y por Usted como persona autorizada.

**3) Si Usted es el padre, madre o representante legal del unaciente menor de edad debe presentar:**

- a) Documento de identificación original y una copia.
- b) Copia del documento de identidad del menor.
- c) Copia del registro civil de nacimiento o declaración extrajurídico según el caso con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (**MENOR DE EDAD**)
- d) Copia registro civil de nacimiento del menor de edad

**4) Si Usted es familiar de un paciente fallecido debe presentar:**

- a) Documento de identificación original y una copia.
- b) Copia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración extrajurídico (según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (**familiar autorizado en primer grado**).
- c) Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido

**5) Si Usted es un familiar de un paciente mayor de edad (*Hospitalizado*), en estado de incapacidad (*inconsciente, con incapacidad mental o física*) debe presentar:**

- a) Documento de identificación original y una copia.
- b) Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- c) Copia del certificado médico que evidencie el estado

**NOTA:** DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A. suministrará el formato **FR023 TIC Solicitud Copia de Historia Clínica** para ser diligenciado a mano por el solicitante; al respaldo de este documento encontrará los requisitos establecidos por la ley para solicitar Copia de la historia clínica y será entregado en **(5) cinco días** hábiles después de radicado este documento.