

	<b>FORMATO DE SOLICITUD</b>		<b>CÓDIGO</b>	<b>ARC-01</b>
	<b>COPIA HISTORIA CLÍNICA</b>		<b>VERSIÓN</b>	<b>6</b>
	DILIGENCIAR TODOS LOS ESPACIOS DEL FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA SIN TACHONES NI ENMENDADURAS		<b>FECHA</b>	<b>25/09/2020</b>
FECHA DE SOLICITUD: DD // MM // AAAA			CÓDIGO INTERNO: _____	
<b>DATOS PACIENTE</b>				
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombres Completos:
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____				Número de Identificación:
EPS:	Fecha de Atención en la Clínica: DD // MM // AAAA	Teléfono Fijo de Contacto:	Celular:	
<b>DATOS PARA LA SOLICITUD</b>				
Persona que diligencia el formato: Paciente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/>		Nombre y Apellidos Completos:		Parentesco:
<b>MOTIVO DE LA SOLICITUD</b>				
<b>Registros Solicitados</b> Resumen (Epicrisis): <input type="checkbox"/> Para Radicar Incapacidad: <input type="checkbox"/> Consulta (Evolución): <input type="checkbox"/> Laboratorios: <input type="checkbox"/> Hemodinamia (Cateterismo): <input type="checkbox"/> Copia Completa: <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?: _____				
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL PACIENTE</b>				
Datos de la persona que autoriza para reclamar la copia de los documentos solicitados:				
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombres Completos:
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____				Número de Identificación:
<b>TIEMPOS DE ENTREGA: A PARTIR DEL RADICADO DE ESTE FORMATO DILIGENCIADO EN EL SERVICIO DE ARCHIVO</b>				
Historias Clínicas del año 2016 en adelante <input type="checkbox"/>		5 días hábiles		
Historias Clínicas del año 2010 - 2015 <input type="checkbox"/>		10 días hábiles		
Historias Clínicas del año 2000 - 2014 <input type="checkbox"/>		1 mes (Archivo Muerto)		
<i>Reclame la copia física de los documentos solicitados de las historias clínicas antes de 1 mes; de lo contrario tendrá que hacer la solicitud nuevamente. El valor de la copia de la historia clínica será asumido por la persona que la solicita.</i>				
<b>INFORMACIÓN</b>				
“La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, al cual sólo tiene acceso el paciente y el equipo de salud responsable de su atención. Dicho documento solo puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Resolución 839 de 2017 y Resolución 1995 de 1999).”				
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA MEDICA MAGDALENA S.A.S.</b>				
Número de Folios: _____		Fecha de Entrega: DD // MM // AAAA		Nombre de Quien Entrega:
Firma de quien recibe:		Observaciones:		