|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN** | **CÓDIGO: EYA-R-48**  **VERSIÓN: 07**  **APROBADO:28/05/20**  **PÁGINA 1 DE 1** |
| **FORMATO DE SOLICTUD DE INFORMACION DE HISTORIA CLINICA-DIRECTAMENTE DEL PACIENTE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud: Día\_\_\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| PACIENTE (Nombre y Apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del paciente **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Documento de identificación N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Solicito: Historia Clínica Completa\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  U/otro: (ordenes médica, incapacidad, formula medica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del  Día\_\_\_\_Mes\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| **CANAL DE ENTREGA (Marque con una x las opciones deseadas)**  *El costo de la impresión es $200 por hoja. El costo del CD-ROM es de $9000. El envío por correo electrónico es gratuito* | | |
| **CD-ROM** | **Impresa** | **Correo electrónico** |
| **AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO**  *(Diligenciar este campo de manera legible y completa)*  *Teniendo en cuenta que las historias clínicas contienen información confidencial y sensible se advierte a quienes las consultan o descargan que, asumen la obligación de dar a la información que reciben el buen uso que la ley señala y se comprometen a preservar la debida confidencialidad y reserva”.*  *Recuerde que la información que ingrese debe ser veraz para garantizar el trámite, en caso contrario la responsabilidad en la que se incurra recaerá sobre el usuario.*  *Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca al HUSI para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines asistenciales, legales contractuales, comerciales, de investigación y académicos descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales del HUSI disponible en : https://www.husi.org.co/documents/10180/13387446/POLITICA+DE+DATOS+HOSPITAL+UNIVERSITARIO+SAN+IGNACIO.pdf/54c5c5cd-49f8-485f-8fdc-0cb9bbb2e5a9* | | |
| *Solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través del siguiente correo electrónico*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Certifico que soy el titular de la cuenta de correo y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica.* | | |

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO**

* *Este formato lo encontrará en la Ventanilla de Estadística, en la oficina de Atención al usuario ubicadas en el primer piso del Hospital o en la página web del Hospital.*
* *Puede diligenciar este formato en computador o a mano. Tenga presente que es indispensable contar con la firma del solicitante.*
* *Una vez diligenciado el formato, escanearlo y enviarlo al correo electrónico* [*estadisticahusi@husi.org.co*](mailto:estadisticahusi@husi.org.co) *junto con fotocopia del documento de identificación del paciente o entregar toda la documentación en la ventanilla de Estadística.*