|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN** | **CÓDIGO: EYA-R-09**  **VERSIÓN: 02**  **APROBADO: 11/09/19**  **PÁGINA 1 DE 1** |
| **SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE FALLECIDO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud: Día\_\_\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ | | | | |
| YO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificado (a) con documento de identidad N.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(nombre del solicitante)*  de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(parentesco del solicitante)*  Y peticionario de la historia clínica de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Nombre del fallecido)*  Con documento de identidad N.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que me comprometo a no hacer pública  y mantener reservada la información de la historia clínica de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Nombre del fallecido)*  y utilizada únicamente para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  *(Descripción de los tramites a realizar)*  Solicitud de historia clínica completa (SI/NO) \_\_\_\_ o \_\_\_\_\_\_\_ Epicrisis del Día \_\_\_\_\_Mes \_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ | | | | |
| **ANEXAR FOTOCOPIAS LEGIBLES DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SEGÚN SOLICITANTE:**  \*Registro civil de defunción  \*Cedula del fallecido y solicitante  *\*Documentos obligatorios*  **ADICIONALMENTE ANEXAR COPIA DEL DOCUMENTO SEGÚN EL CASO** | | | | |
| **Sí usted es el hijo o el padre:** Registro civil de nacimiento de solicitante. | **Sí usted es el hermano:** Registro civil de nacimiento del fallecido y del solicitante. | | | **Sí usted es la pareja:** Registro civil de matrimonio o partida de la iglesia o declaración de extra juicio. |
| **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**  *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*](https://www.husi.org.co/documents/10180/13387446/POLITICA+DE+DATOS+HOSPITAL+UNIVERSITARIO+SAN+IGNACIO.pdf/54c5c5cd-49f8-485f-8fdc-0cb9bbb2e5a9) | | | | |
| **Firma del Solicitante:** | | | **Documento de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número Telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| *Solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través del siguiente correo electrónico*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(Diligenciar este campo de manera legible y completa)*  *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 Estadistica, en la oficina de Atención al usuario ubicadas en el primer piso del Hospital frente a los ascensores o en la página web del HUSI*
* *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 los documentos requeridos según el caso o entregar toda la documentación en la ventanilla de Estadística.*