|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN** | **CÓDIGO: EYA-R-09**  **VERSIÓN: 05**  **APROBADO: 26/07/24**  **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  ***LA HISTORIA CLÍNICA SERÁ ENTREGADA UNICAMENTE A LOS FAMILIARES QUE ACREDITEN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD PARA LO CUAL DEBERÁ ADJUNTAR:*** | | |
| **Padre, Madre, Hijo(a):** Registro civil de nacimiento de solicitante. | **Cónyuge o compañero (a) permanente:** Registro civil de matrimonio o partida de la iglesia o declaración de extra juicio. | |
| **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*](https://www.husi.org.co/documents/10180/13387446/POLITICA+DE+DATOS+HOSPITAL+UNIVERSITARIO+SAN+IGNACIO.pdf/54c5c5cd-49f8-485f-8fdc-0cb9bbb2e5a9) | | |
| *En consecuencia, solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través del siguiente correo electrónico:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Y declaro bajo gravedad de juramento que soy el titular de los datos de conformidad con la ley, la información que he suministrado es veraz, me responsabilizo de la custodia de la historia clínica y suscrito la presente solicitud de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.*  *FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | |
| **Firma del Solicitante:** | | **Documento de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número Telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

***Instructivo de Diligenciamiento***

* *Este formato lo encontrará 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 y debe enviar copia de su documento de identificación*
* En caso de dudas, allegar su solicitud al *correo electrónico* [*estadisticahusi@husi.org.co*](mailto:estadisticahusi@husi.org.co)