|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN** | **CÓDIGO: EYA-R-48**  **VERSIÓN: 08**  **APROBADO: 26/07/24**  **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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con documento de identificación N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y teléfono de Contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito: **(Marque con una x la opción deseada):**  \*Historia Clínica Completa: \_\_\_\_\_\_  \*Parcial: \_\_\_\_ de la atención brindada el día \_\_\_día\_ /\_\_\_mes\_\_ /\_\_\_año\_\_\_\_  \*Otro: (ordenes médica \_\_, incapacidad\_\_\_, fórmula médica\_\_\_\_) del día /mes /año . |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**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) *junto con fotocopia del documento de identificación del paciente.*