

 FAFOS Fundación Avanzar FOS	SOLICITUD COPIA DE HISTORIAS CLINICAS					
	Código: GRT-GDC-F01		Versión: 04		Fecha: 19/09/2024	
Ciudad:	Fecha solicitud		DD	MM	AAAA	
DATOS DEL USUARIO						
Nombres y Apellidos:						
Tipo de identificación:	CC. ____	CE. ____	TI. ____	RC. ____	NUIP. ____	N. del documento:
Teléfono de contacto:						
DATOS DEL SOLICITANTE						
Si es un tercero por favor diligenciar los siguientes datos:						
Nombres y Apellidos:						
Parentesco (familiar o tercero):						
Tipo de identificación:	CC. ____	CE. ____	TI. ____	RC. ____	NUIP. ____	N. del documento:
Firma del solicitante:						
HISTORIAS CLÍNICAS SOLICITADAS (Favor marque con una "X")						
	Atenciones últimos 12 meses		Ultima atención		Ultimas 5 atenciones	
	Historia Completa	Fecha específica:				
Servicios:						
Motivo detallado de la solicitud:						
Y manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por la institución a través del departamento de archivo no se hará pública, se manejará con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva de la misma. En cumplimiento a lo establecido por la Ley 1581 de 2012, FUNDACION AVANZAR FOS, garantiza que el tratamiento de los datos personales y datos personales sensibles se ajuste a las disposiciones legales vigentes.						
Forma de entrega:						
	Físico(papel)	Nombre:				
	Firma			No. Folios:	Fecha recibido: DD/MM/AAAA	
	Correo electrónico					
Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica a través de dicho canal electrónico.						
SOLICITUD VIA WEB: El usuario podrá descargar el formato de solicitud de copia de historia clínica en la página web institucional www.avanzarfos.com una vez diligenciado debe ser enviado al siguiente correo archivocentral@avanzarfos.com o dirigirse a la institución con los respectivos documentos requeridos según sea el caso.						
" Usted recibirá fiel copia de la Historia Clinica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1) El usuario. 2) El Equipo de Salud. 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley. 4) Las demás personas determinadas en la ley.						
NOTA: Señor usuario si pertenece al programa de NUEVA EPS, dirigir la solicitud a la coordinación de la sede.						

Señor usuario, si usted desea solicitar copia de la historia clínica tenga en cuenta las siguientes recomendaciones y requisitos:

> Diligenciar en su totalidad el formato de solicitud de copia de historia clínica

> Adjuntar los soportes según sea el caso

> Cancelar el valor establecido por cada página de la respectiva historia clínica impresa (si se envía por correo electrónico no tiene costo)

> Si cumple con los requisitos legales, se dará trámite a su solicitud.

Si el solicitante es el paciente debe presentar:

> Documento de identificación original y copia de la misma

> Diligenciar en su totalidad el formato de solicitud de copia de historia clínica

Si el solicitante es un familiar o tercero autorizado por el paciente mayor de edad, debe presentar:

> Documento de identificación original y copia de la misma del usuario

> Documento de identificación original y copia de la misma del autorizado

> Diligenciar en su totalidad el formato de solicitud de copia de historia clínica

> En caso de representación legal, el solicitante deberá anexar el documento que lo acredita como tal

Si el solicitante es el padre/madre o representante legal de un paciente menor de edad, debe presentar:

> Documento de identificación original y copia del solicitante.

> Copia del documento de identidad del paciente.

> Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o poder legal con fecha de expedición no mayor a 3 meses).

> Diligenciar en su totalidad el formato de solicitud de copia de historia clínica

Si el solicitante es un familiar de un paciente fallecido, debe presentar:

> Documento de identificación original y copia del solicitante.

> Documento de identificación original y copia del usuario

> Copia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio según el caso con fecha de expedición no mayor a 3 meses) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.

> Copia del registro civil de defunción o certificado de defunción, para demostrar que el paciente falleció.

> Diligenciar en su totalidad el formato de solicitud de copia de historia clínica

Si el solicitante es un familiar o representante legal de un paciente en estado de incapacidad y mayor de edad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe presentar:

> Documento de identificación original del solicitante.

> Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso) con fecha de expedición no mayor a 3 meses, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.

> Copia del certificado médico que evidencie el estado de discapacidad física o mental del paciente o sentencia del juez que falla la interdicción y el poder amplio y suficiente para realizar trámites en su nombre.

> Diligenciar en su totalidad el formato de solicitud de copia de historia clínica

Requisitos para solicitud de historias clínicas por parte de aseguradoras/polizas de vida u otros:

> Solicitud formal del asegurador de la póliza por medio de carta que puede ser enviada por correo electrónico refiriendo el N. de identificación del usuario y documento de identidad de la persona autorizada a reclamarla

> Copia de un contrato señalando el aparte en donde se pide autorización del paciente o familiar para tener acceso a su historia clínica, o autorización expresa del paciente.

> Presentar cédula original y copia legible de quien reclama (responsable enviado por el asegurador) la historia clínica.

Requisitos para la solicitud de historias clínicas casos legales o por entes de control

> Carta formal dirigida al representante.

Horario de atención para solicitud de historias clínicas:

Lunes a viernes de 07:00 am a 12:00 m y 02:00 pm a 06:00 pm