

|                                                                                   |                   |                                                    |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Versión: 01       | FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA |  |
|                                                                                   | Fecha: 12/04/2021 | ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD            |                                                                                     |

### 1. DATOS DE SOLICITANTE:

|                                                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre(s) y Apellidos:                                           |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Tipo de Documento:                                               |                                     | Número de Documento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| TIPO DE SOLICITUD                                                | Señalar con X la opción que aplique | SOPORTE REQUERIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Propia                                                           |                                     | Copia de documento de identificación del solicitante (Titular)                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Paciente menor de edad                                           |                                     | Copia del registro civil de nacimiento del menor o copia de la documentación que acredite al solicitante como representante legal y copia del documento de identificación del solicitante.                                                                                                                          |  |
| Paciente en situación de incapacidad de emitir su consentimiento |                                     | Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente, Copia del documento de identificación del paciente y del solicitante <sup>1</sup> .                                                                                                                                     |  |
| Paciente Fallecido                                               |                                     | Copia del certificado de defunción del titular de la historia clínica, copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o escritura pública según el caso, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el paciente, copia del documento de identificación del paciente y del solicitante <sup>1</sup> . |  |
| Tercero autorizado                                               |                                     | Autorización expresa otorgada por el titular de la historia clínica para requerir la entrega de ésta y copia del documento de identificación del titular y del solicitante.                                                                                                                                         |  |

### 2. DATOS DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA

|                                    |  |                      |  |
|------------------------------------|--|----------------------|--|
| Nombre(s) y Apellidos del Titular: |  |                      |  |
| Tipo de Documento:                 |  | Número de Documento: |  |
| Parentesco con el solicitante:     |  |                      |  |

### 3. ALCANCE DE LA SOLICITUD Y FORMA DE ENTREGA: Se solicita la historia clínica del titular, en los términos que se indican a continuación;

|                                           |                    |                                        |                |
|-------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|----------------|
| FECHA INICIAL DE LA ATENCIÓN<br>DD/MM/AA  |                    | FECHA FINAL DE LA ATENCIÓN<br>DD/MM/AA |                |
|                                           |                    |                                        |                |
| SEDE DE ATENCIÓN:                         |                    |                                        |                |
|                                           |                    |                                        |                |
| MOTIVO DE LA SOLICITUD*:                  |                    |                                        |                |
|                                           |                    |                                        |                |
| FORMA DE ENVÍO                            | CORREO ELECTRÓNICO |                                        | ENTREGA FÍSICA |
| (Señalar con una X la opción que aplique) |                    |                                        |                |
| Dirección de correo electrónico**         |                    |                                        |                |

\* Únicamente se debe diligenciar esta casilla cuando la historia clínica sea solicitada a través de un tercero.

\*\* La responsabilidad de la información acá suministrada es exclusiva del solicitante, por lo tanto, la entidad receptora no tiene el deber de verificar la autenticidad, seguridad, propiedad ni uso del correo electrónico aportado.

<sup>1</sup> El interesado deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica.

|                                                                                   |                   |                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Versión: 01       | FORMATO SOLICITUD Y ENTREGA DE LA<br>HISTORIA CLÍNICA |  |
|                                                                                   | Fecha: 12/04/2021 | ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD               |                                                                                     |

#### 4. AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y RECOMENDACIONES:

- a) Con la firma del presente documento el solicitante declara que acepta y autoriza de manera previa, expresa e inequívoca:
- (i) Que sus datos personales sean tratados por el Grupo Keralty, conforme a lo previsto en la Ley 1581 de 2012, con la finalidad de otorgar una copia de la historia clínica que será enviada por el medio indicado en el presente documento. (ii) El envío por medios electrónicos se encuentra respaldado por el Decreto Ley 2106 de 2019 en su artículo 102, donde se establece que la historia clínica podrá ser remitida por medios electrónicos si así lo autoriza el usuario.
- b) El grupo Keralty informa al solicitante que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- c) **Recomendaciones de seguridad y privacidad:** Con el propósito de mantener la adecuada protección de la historia clínica, de conformidad con las disposiciones contenidas en la Resolución 1995 de 1999 y en la normatividad sobre protección de datos vigente y aplicable en Colombia, sugerimos al Solicitante atender las siguientes recomendaciones: (i) Adoptar las medidas de seguridad necesarias respecto del lugar de almacenamiento de su historia clínica para evitar el acceso no autorizado o robo de la información; (ii) No publicar datos relacionados a su historia clínica en redes sociales o portales web; (iii) Mantener una adecuada protección sobre el correo electrónico u otros medios de almacenamiento en los que repose la historia clínica y; (iv) Tratar con responsabilidad su historia clínica, asegurándose de que la misma se entregue solo a personas que lo requieran.

#### 5. INFORMACIÓN DEL RECEPTOR DE LA SOLICITUD (Este punto será diligenciado por la IPS receptora de la solicitud):

|                                  |  |                                         |  |
|----------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| Fecha de recibo de la solicitud: |  | Ciudad:                                 |  |
| IPS receptora:                   |  | Soportes entregados por el Solicitante: |  |

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_