



**MANUAL DE PROCESOS TRANSVERSALES**

**FORMATO:**

**SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA**

Levantamiento:  
Agoto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
F-CE-TR-01

Página:  
-1 de 1

Versión:  
01

**SOLICITUD DE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

**Fecha Solicitud de la Historia Clínica**

Día	Mes	Año

**NOMBRE DEL PACIENTE :** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** \_\_\_\_\_

**PARA QUE SOLICITA EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:** \_\_\_\_\_

**FECHA DEL EVENTO QUE NECESITA:**    Día    \_\_\_\_\_    Mes    \_\_\_\_\_    Año    \_\_\_\_\_

**EL PACIENTE INGRESO POR EL SERVICIO DE:**

**PRIORITARIA**    
**CONSULTA EXTERNA**    
**PROCEDIMIENTOS**

**FECHA DE INGRESO**    Día    \_\_\_\_\_    Mes    \_\_\_\_\_    Año    \_\_\_\_\_

**FECHA DE SALIDA**    Día    \_\_\_\_\_    Mes    \_\_\_\_\_    Año    \_\_\_\_\_

**Nombre completo e identificación del solicitante** \_\_\_\_\_

**Parentesco con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Anexar:    Copia documento de identidad**

De acuerdo a lo establecido en la resolución 1995 del 08 de julio de 1999, (artículo 01- ) se establece que la historia es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, el cual únicamente puede ser conocido por el paciente o por terceros previa autorización del mismo o en casos previstos en la ley.