

	FORMATO	Cód: MPF23
	SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTO	Ver: 05
		F.E.: 13/01/2023

(DD/MM/AAAA) _____

Señores:

IPS CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Ciudad

Cordial Saludo,

Yo, _____ identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° _____ expedida en _____, solicito copia de la historia clínica con motivo de _____

Manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por la institución a través del área del SIAU no la haré pública, se manejará con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva de este. Manifiesto utilizar la copia de la historia clínica solo para los motivos expresos anteriormente. Exonero a la institución de toda responsabilidad por el manejo que se le dé a la información suministrada.

Atentamente,

FIRMA: _____

Dirección Residencia: _____

C.C. N°: _____

Número de Teléfono: _____

Correo electrónico para envío de documento: _____

REQUISITOS DE LA SOLICITUD

TITULAR	*Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte del paciente titular, ampliada al 150%.
TERCERO AUTORIZADO	*Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte del paciente titular, ampliada al 150%. *Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte del solicitante (persona autorizada) ampliada al 150%. *Carta de autorización firmada por el paciente y por la persona autorizada, en caso de representación legal, el solicitante deberá anexar el documento que lo acredita como tal, la carta debe especificar el motivo por el cual se solicita y las fechas de atención requeridas.
MENOR DE EDAD	Fotocopia del Registro civil del paciente ampliado al 150%. Fotocopia del documento de Identidad del padre solicitante, ampliada al 150%.
PACIENTE FALLECIDO O CON INCAPACIDAD MENTAL, FISICA O INCONSCIENTE	Fotocopia de certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente. Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte, del paciente titular, ampliada al 150%. Fotocopia del documento de Identidad o pasaporte de la solicitante, ampliada al 150%. Registro de defunción o certificado de defunción del paciente titular, si aplica. Declaración extra-juicio (en el caso que la persona que la solicite sea la pareja permanente en estado de unión libre), acta de matrimonio (esposo/a) o registro civil con el fin de demostrar el parentesco.

I.P.S. CENTRO DE DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL entregará copia de la historia clínica laboral al correo electrónico autorizado, descrito en el formato de solicitud. Por favor tenga en cuenta que los tiempos de respuesta para peticiones, quejas y/o reclamos es de máximo 8 días hábiles.