

## Requisitos para solicitar copia de la historia clínica

### Si eres paciente

Solicitar personalmente con el documento de identificación en ventanilla de entrega de resultados de la Clínica del Prado.

### Si estas autorizado por el paciente

Debe anexar:

- Formato de carta de autorización o carta de autorización por escrito de entrega de historia clínica.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del paciente.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del autorizado.

### Si eres representante legal de un menor de edad

Debe anexar:

- Formato de carta de solicitud de historia clínica de menor de edad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del solicitante (representante legal).
- Copia del documento de identificación del menor de edad.
- Copia del registro civil donde conste el parentesco o la representación legal.

### Si eres familiar de un paciente fallecido

Debe anexar:

- Formato de carta de solicitud de historia clínica de paciente fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar solicitante.
- Copia del certificado de defunción.
- Copia del registro civil donde conste el parentesco como padre o madre, hijo(a) o compañero(a) permanente.

### Si eres familiar de un paciente incapacitado

Debe Anexar:

- Formato de carta de solicitud de historia clínica de paciente incapacitado.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar solicitante.
- Copia del registro civil donde conste el parentesco como padre o madre, hijo(a) o compañero(a) permanente.

## Si eres familiar de un paciente discapacitado

Debe anexar:

Para hacer entrega de historias clínicas de pacientes en estado de incapacidad y mayor de edad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe presentar los siguientes requisitos:


- Fotocopia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente. (Reciente)
- Acreditar la condición de parentesco presentando la siguiente documentación según sea el caso:
  - Fotocopia legible del registro civil de nacimiento.
  - Fotocopia legible de la partida de matrimonio o declaración de unión marital de hecho con dos testigos (según el caso) con antigüedad no mayor a 6 meses.
  - Fotocopia legible de documento de apoderamiento, si se cuenta con este.
- Fotocopia de la cédula original del paciente.
- Fotocopia de la cédula original del solicitante.

## Historias clínicas físicas

Recuerde que si su historia clínica física esta antes del 13 de noviembre del año 2013, el periodo de entrega es de 10 días hábiles.

También puedes solicitar tu historia clínica a través del correo electrónico [contactenos@clinicadelprado.com.co](mailto:contactenos@clinicadelprado.com.co) adjuntando los documentos en formato PDF debidamente diligenciados y firmados.



	<b>FORMATO</b>	<b>CÓDIGO: F-GI-HC-008</b>
	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
	<b>SOLICITUD HISTORIAS CLÍNICAS</b>	<b>EDICIÓN: 21/May/2020</b>

Medellín, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Señores,

**CENTRO DOCUMENTAL  
CLINICA DEL PRADO S.A.S**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con CC \_\_\_\_ CE \_\_\_\_  
Pasaporte \_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_,  
autorizo a \_\_\_\_\_ identificado con CC \_\_\_\_ CE \_\_\_\_ Pasaporte  
\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, para reclamar  
copia de mi historia clínica.

Copia: completa \_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, identificada(o) con documento  
de identidad número \_\_\_\_\_ autorizo, además, de manera  
expresa y voluntaria el tratamiento de los datos personales propios de los que sea  
titular o que estén a mi cargo. Acepto que el tratamiento que se le dará a los  
datos que aporte voluntariamente a Clínica del Prado S.A.S corresponderá con el  
descrito en el presente documento y en la política de tratamiento de datos de la  
misma. Así mismo, manifiesto ser titular o contar con autorización apropiada para  
compartir la información referida.

**Nota:** Recuerde que si su historia clínica esta antes del 13 de noviembre del año  
2013, el periodo de entrega es de 10 días hábiles.

Firma del  
solicitante \_\_\_\_\_  
CC \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo  
electrónico \_\_\_\_\_

Firma del  
autorizado \_\_\_\_\_  
CC \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo  
electrónico \_\_\_\_\_