Neiva, DD / MMM / AAAA

SEÑORES:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

Cordial saludo

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con C.C \_\_\_\_ C.E \_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_, número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_solicito copia de mi Historia Clínica.

**Copia:** Completa \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_ **Fecha de atención requerida:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Al aceptar, el titular de la información, autoriza de manera libre e informada el tratamiento de sus datos personales y la imagen, a través de copia de documentos de identificación a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA,** en adelante, **ESE CEO** para las siguientes finalidades: Ejecutar las actividades propias como entidad prestadora de servicio público de salud, registrar a pacientes, familiares, acompañantes, proveedores con el propósito de llevar el registro de solicitud de copia de historia clínica, atender a los usuarios que llegan a las ventanillas o para dar respuesta a las solicitudes e inquietudes, relacionadas con la prestación del servicio.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar su información personal, así como presentar quejas y reclamos ante la Superintendencia de Industria y Comercio. Las consultas, reclamos o peticiones pueden realizarlo de manera presencial en la Carrera 22 No. 26-19 Neiva, o por medio del correo electrónico institucional [info@esecarmenemiliaospina.gov.co](mailto:info@esecarmenemiliaospina.gov.co)

La política de tratamiento de datos de ESE CEO, se encuentra disponible en el siguiente enlace: https://[www.mederi.com.co/](http://www.mederi.com.co/)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del solicitante**

No. De documento de identidad:

Teléfono:

Dirección:

Correo electrónico:

***Debe Anexar:*** *Copia del documento de identificación.*

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO “SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA – A NOMBRE PROPIO”**

**OBJETIVO:** Obtener un formato de solicitud de historia clínica – a nombre propio para los usuarios de la ESE Carmen Emilia Ospina.

**ALCANCE:** Aplica para todos los usuarios de la ESE Carmen Emilia Ospina.

***Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:***

**DD/MMM/AAAA:** Registrar día, mes y año que se realiza la solicitud de la historia clínica.

**Yo:** Escribir el nombre completo del usuario que solicita la historia clínica.

**Identificado con:** Registrar con una “X” el tipo de identificación del usuario que solicita la historia clínica.

**Numero:** Registrar el número de identificación del usuario que solicita la historia.

**Copia:** Registrar con una “X” si la copia la requiere completa o parcial.

**Fecha de atención requerida:** Registrar día, mes y año de la atención requerida.

**Observaciones:** Escribir las observaciones según corresponda.

**Firma del solicitante:** Registrar la firma del solicitante de la historia clínica.

**No. De documento de identidad:** Registrar la identificación del solicitante de la historia clínica.

**Teléfono:** Registrar el teléfono del solicitante de la historia clínica.

**Dirección:** Registrar la dirección de residencia del solicitante de la historia clínica.

**Correo electrónico:** Registrar el correo electrónico del solicitante de la historia clínica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | |
| Versión | Descripción el Cambio | Fecha de aprobación |
| 1 | Elaboración del documento: Se elabora documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso: “Gestión documental” | 29/12/2022 |
| Nombre: María Fernanda Arias Carvajal.  Cargo: Auxiliar administrativo.  Nombre: Evelyn Karolina García Polanco.  Contratista área Garantía de la Calidad. | Nombre: Martha Patricia Plazas Zambrano.  Cargo: Coordinadora área Sistemas de Información.  Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta.  Contratista área Garantía de la Calidad. | Nombre: Eulogio Duran Rodríguez.  Cargo: Subgerente administrativo. |
| Elaboró | Revisó | Aprobó |