Neiva, DD / MMM / AAAA

SEÑORES:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

Cordial saludo

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con C.C \_\_\_ C.E \_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_ número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito copia de la Historia Clínica de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con C.C \_\_\_ C.E \_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien actualmente se encuentra incapacitado (a) para dar su consentimiento de realizar esta solicitud.

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

**Parentesco del solicitante**: Padre o Madre \_\_\_ Hijo (a) \_\_\_ Compañero (a) sentimental \_\_\_

***En caso de otro parentesco diferente al señalado deberá mediar una sentencia judicial.***

**Esta Historia Clínica es solicitada con el fin de:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”***

**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 Supersalud. Las consultas, reclamos o peticiones pueden realizarlo de manera presencial en la Carrera 22 No.26-19, o por medio del correo electrónico info@esecarmenemiliaospina.gov.co

-La política de tratamiento de datos de ESE CEO, se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://www.esecarmenemiliaospina.com.co/>

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

**Firma del solicitante**

No. De documento de identidad:

Teléfono:

Dirección:

Correo electrónico:

***Debe Anexar****: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del registro civil, registro civil donde conste el parentesco, matrimonio o extra juicio de convivencia, según el caso sentencia T-343 del 2008.*

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO “CARTA DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA - INCAPACITADOS”**

**OBJETIVO:** Obtener un formato de solicitud de historia clínica – incapacitados 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 de quien solicita la historia clínica.

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

**Numero:** Registrar el número de identificación de quien solicita la historia clínica.

**Solicito copia de historia clínica de:** Registrar el nombre del incapacitado (a) a quien se le solicita la historia clínica.

**Identificado con:** Registrar con una “X” el tipo de identificación del incapacitado (a).

**Numero:** Registrar el número de identificación del incapacitado (a).

**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.

**Parentesco del solicitante:** Registrar con una “X” de acuerdo al parentesco del incapacitado (a).

**Esta historia clínica es solicitada con el fin de:** Escribir el motivo por el cual se solicita la historia clínica.

**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 |