

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN</small>	Anexo al procedimiento EST-PD08 FORMATO ÚNICO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	Código:	EST-PD08-FO02
		Versión:	01
		Fecha:	Noviembre 2025
		Página:	1 de 1

1. Datos del paciente

Nombres y Apellidos completos	Tipo de documento	Número de documento	Fecha de nacimiento:	Teléfono de contacto

2. Tipo de solicitante

- ☐ Paciente titular
- ☐ Padre/Madre o Representante legal (menor de edad)
- ☐ Familiar autorizado
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ Apoderado legal
- ☐ Entidad aseguradora o EAPB
- ☐ Autoridad judicial o administrativa

3. Tipo de solicitud

- ☐ Copia completa de historia clínica
- ☐ Copia parcial (indicar servicio o fecha): _____
- ☐ Resultados de laboratorio clínico
- ☐ Certificación de hospitalización
- ☐ Otro (especifique): _____

4. Motivo de la solicitud

5. Datos del solicitante (si es diferente al paciente)

Nombres y Apellidos completos	Tipo de documento	Número de documento	Parentesco con el paciente/usuario:	Teléfono de contacto

Adjunta autorización escrita o poder (si aplica): ☐ Sí ☐ No

Adjunta copia de documento de identidad del paciente y del solicitante: ☐ Sí ☐ No

Adjunta documento que certifique parentesco (si aplica): ☐ Sí ☐ No

6. Autorización para entrega y medio de envío

Autorizo de manera libre e informada al **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** para entregar o remitir la información clínica solicitada, bajo los principios de confidencialidad, reserva y seguridad de la información, por los siguientes medios:

- ☐ Entrega presencial en ventanilla del Subproceso de Estadística
- ☐ Envío digital al correo electrónico registrado
- ☐ Remisión a autoridad, EAPB u otra entidad del SGSSS
- ☐ Otro (especifique): _____

Correo electrónico autorizado para recepción: _____

7. Declaración y firma del solicitante

Declaro que la información solicitada será utilizada únicamente para los fines indicados y que conozco el carácter reservado de la historia clínica, conforme a la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999 y la Ley 1581 de 2012.

En caso de autorizar el envío por correo electrónico, entiendo que este se realiza bajo mi responsabilidad y eximo al hospital de cualquier uso indebido posterior al envío.

Firma del paciente o solicitante: _____ **Documento:** _____ **Fecha:** _____

8. Para uso exclusivo del Subproceso de Estadística / Archivo Clínico

Fecha de recepción	Funcionario que recibe	Revisión de requisitos	Medio de entrega	Fecha de entrega/envío	Funcionario que entrega	Observaciones
		<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Correo electrónico			