

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): _____
- Certificación de hospitalización
 Otro (especifique): _____
- Resultados de laboratorio clínico

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			