

FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

| | |
|---|--|
| Nombre de/la consultante: | |
| Identificación de/la consultante: | |
| Menores de Edad | |
| Nombre del padre solicitante: | |
| Número de Identificación: | |
| Correo electrónico de envío (Epicrisis): | |
| Dirección física de envío: | |
| Fecha de la solicitud: | |

Hago solicitud formal de la historia clínica por motivo de:

Comprendo que me será entregada una copia física de mi historia clínica, o de la de mi hijo (a), y que llegará por correo certificado al lugar de domicilio suministrado debidamente por mí, y en la fecha indicada por la empresa postal que me será indicada por el doctor. En caso de requerir únicamente la epicrisis, podré solicitar el envío de la misma a mi correo electrónico. Reconozco que la historia clínica es un documento de carácter confidencial, por lo tanto exonero al Dr. Mantilla de cualquier responsabilidad legal, profesional y ética sobre la custodia y confidencialidad de la información suministrada. Reconozco que el doctor ha actuado de conformidad con los acuerdos alcanzados. Declaro que entiendo, acepto y asumo todos los riesgos y posibles consecuencias de tener bajo mi custodia la copia de mi historia clínica. De igual forma, tengo claro que se cobrará una tarifa de \$80,000 COP por la copia de la historia clínica y que debo asumir los costos adicionales del envío físico. Comprendo que el Doctor Mantilla puede tardarse hasta 15 días hábiles en responder mi solicitud y tomarse otros 15 días en caso de fuerza mayor, a partir de la fecha de mi solicitud. Acepto que esta solicitud sea rechazada en caso de que falte información, no coincidan los datos suministrados en este formulario, o en caso de que la persona solicitante no sea el consultante, o que no se trate de alguno de los padres de un consultante menor de edad.

Nombre del solicitante: _____

Firma del solicitante: _____

Número de Identificación: _____