



## E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

MACROPROCESO: APOYO

PROCESO: GESTION DE RECURSOS FISICOS

SUBPROCESO: GESTION DOCUMENTAL

Formato:  
SOLICITUD Y ENTREGA DE HISTORIAS CLINICAS

CODIGO: A-RFGD-F 002

VERSION: 03

FECHA: 08/10/2021

### SOLICITUD

1. HISTORIA CLINICA - DOCUMENTO DE IDENTIDAD #:		2. FECHA DE SOLICITUD: DÍA/MES/AÑO	DIA	MES	AÑO
3. HISTORIA CLINICA DE QUE SERVICIO Y QUE FECHAS DE ATENCION REQUIERE:	SERVICIO:	FECHAS DE ATENCION: DÍA/MES/AÑO	DIA	MES	AÑO
4. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:					
5. MOTIVO DE SOLICITUD DE LA HISTORIA CLINICA:					
6. DESTINO DE LA HISTORIA CLINICA:					
7. PERSONA SOLICITANTE:	8. PARENTESCO:				
9. SEDE DE ORIGEN:					
10. NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN TRAMITA LA SOLICITUD FACTURACION/SIAU):					
11. NUMERO DE CEDULA DE QUIEN TRAMITA LA SOLICITUD( FACTURACION/SIAU):	12. TELEFONO DE CONTACTO DE QUIEN TRAMITA LA SOLICITUD:				

**Nota:** Cuando la solicitud sea hecha por un familiar del paciente se debe acreditar grado de parentesco, autorizacion del titular de la Historia Clinica y fotocopia del documento de identidad de ambas partes, que deben anexarse al presente documento y allegarse al archivo.

### ENTREGA EN FISICO O VÍA CORREO ELECTRONICO

13. FIRMA PERSONA QUE RECIBE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA:			16. OBSERVACIONES:		
14. NOMBRE PERSONA QUE RECIBE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA:			17. MOTIVO DE NO ENTREGA O DENEGACION DE HC:		
15. NUMERO DE CEDULA DE LA PERSONA QUE RECIBE COPIA LA HISTORIA CLÍNICA:			19. FIRMA PERSONA QUE EFECTUA LA ENTREGA O EL ENVÍO (FACTURACIÓN/SIAU/GESTION DOCUMENTAL):		
18. FECHA DE ENTREGA O ENVÍO DEL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:	DIA / MES / AÑO				
20. AUTORIZACION DE ENVIO DE HC VIA CORREO ELECTRONICO (certifico que es una cuenta de	SI	NO	21. CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADO PARA ENVÍO:		
22. ANEXA COPIA DOCUMENTOS COMPLETOS REQUERIDOS:	SI	NO			

**"La historia clínica es un documento legal y sometido a reserva, por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o de una persona con discapacidad, ésta se entregará al responsable, representante legal del paciente o autoridades judiciales previstas en la Ley" (Resolución 1995 de 1999)**

ELABORADO POR

LILY YOHANA AVILA GARZON  
Líder de Gestión Documental

REVISADO POR

YENI ESCOBAR PEÑALOZA  
Líder de Calidad  
JULIA ANDREA DE AVILA HEREDIA  
Jefe de Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna

APROBADO POR

MARIA VICTORIA HERRERA ROA  
Gerente



## E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

MACROPROCESO: APOYO

PROCESO: GESTION DE RECURSOS FISICOS

SUBPROCESO: GESTION DOCUMENTAL

**Instructivo:  
SOLICITUD Y ENTREGA DE HISTORIAS  
CLINICAS**

CODIGO: A-RFGD-F 002

VERSION: 03

FECHA: 25/08/2021

<b>1. Historia Clinica- Documento de identidad #</b>	Debe colocarse el número de documento de identidad del paciente	
<b>2. Fecha de solicitud</b>	Debe colocarse la fecha de solicitud de la Historia Clínica en formato día/mes/año	
<b>3. Historia Clínica de que servicio y que fechas requiere de atención (Medicina - Odontología)</b>	Debe seleccionar la Historia clínica solicitada (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología, Higiene Oral, CYD), resultado de ecografía, o si es toda la historia clínica y especificar las fechas que requiere de atención	
<b>4. Nombres y apellidos del paciente</b>	Debe colocarse el nombre completo del paciente titular de la Historia clínica solicitada	
<b>5. Motivo de solicitud de la historia clínica</b>	Debe seleccionar de la lista desplegable la opción que describa la necesidad que tiene para	
<b>6. Destino de la Historia Clínica</b>	Debe colocarse a donde se va a entregar o remitir la información de la Historia Clínica	
<b>7. Persona Solicitante</b>	Debe colocarse el nombre de la persona que solicita la Historia clínica, puede ser el mismo	
<b>8. Parentesco</b>	Debe colocarse la denominación de parentesco con el titular de la historia clínica cuando el	
<b>9. Sede de Origen</b>	Debe colocarse el nombre de la sede donde se encuentra la Historia Clínica (lista	
<b>10. Nombre y apellidos de quien tramita la solicitud(Facturación-Siau)</b>	Debe colocarse el nombre de la persona que tramita la solicitud de la Historia clínica, funcionario Facturación-Siau	
<b>11. Numero de Cédula de persona que tramita la solicitud(Facturación-Siau)</b>	Debe colocarse el número de cédula de la persona que tramita la solicitud la Historia clínica, funcionario Facturación-Siau	
<b>12. Telefono de contacto de quien tramita la solicitud(Facturación-Siau)</b>	Debe colocarse el teléfono de contacto de quien tramita la solicitud de la historia clínica, funcionario Facturación-Siau	
<b>13. Firma persona que recibe copia de la Historia Clínica</b>	Debe colocarse la firma de la persona que recibe la Historia clínica, puede ser la del mismo paciente o algún familiar	
<b>14. Nombre de persona que recibe copia de la Historia Clínica</b>	Debe colocarse el nombre de la persona que recibe copia de la Historia clínica, puede ser el nombre del mismo paciente o de algún familiar	
<b>15. Numero de Cedula de la persona que recibe copia de la Historia Clínica</b>	Debe colocarse el número de cédula de la persona que solicita la Historia clínica, la del mismo paciente, de algún familiar	
<b>16. Observaciones</b>	Debe escribirse si se tiene alguna observación por alguna de las partes	
<b>17. Motivo de NO entrega o Denegación de HC Clínica</b>	Debe seleccionar de la lista desplegable la opción del motivo de la No entrega o	
<b>envío (Facturación-Siau)</b>	Debe colocarse la fecha en que se recibe la Historia Clínica	
<b>electrónico:</b>	Debe colocarse la firma de la persona que entrega o envía la copia de la Historia Clínica	
<b>21. Correo electrónico autorizado para envío:</b>	Debe colocarse una Equis(X) sobre la palabra SI o la palabra No de acuerdo a la aceptación	
<b>22. Anexa copia de documentos completos :</b>	Debe colocarse con letra clara y legible el correo electrónico destino de la HC	
<b>22. Anexa copia de documentos completos :</b>	Debe seleccionarse SI O NO se anexan copia de los documentos requeridos (cédula de	
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
LILY YOHANA AVILA GARZON  Líder de Gestión Documental	YENI ESCOBAR PEÑALOZA Líder de Calidad  ANDREA DE AVILA HEREDIA Líder de Planeación	MARIA VICTORIA HERRERA ROA  Gerente