

Ten en cuenta cada uno de los requisitos para solicitarla y así poder darte una respuesta ágil y oportuna.



Si eres paciente, es necesaria tu cédula.



Si eres un tercero, es decir, familiar, institución, o cualquier persona diferente al paciente:



Si eres familiar de un paciente con discapacidad:



Si eres familiar de un paciente fallecido:



Si eres padre de un paciente menor de edad:

- Documento de identidad del paciente.
- Tu documento de identidad, como persona autorizada para hacer la solicitud.
- Carta de autorización con antigüedad no mayor a un mes, diligenciada por el paciente o por sus padres en caso de ser menor de edad.

- Documento de identidad del paciente.
- Tu documento de identidad, como persona autorizada para hacer la solicitud.
- Documento que acredite el parentesco con el paciente.
- Carta de autorización diligenciada por el paciente. Si la discapacidad impide que el paciente realice su firma, se debe adjuntar el certificado médico en papel membrete mediante una carta emitida por la institución que lo atiende, solicitando la historia clínica.

- Registro civil de defunción.
- Documento de identificación del solicitante.
- Documento que acredite el parentesco con paciente.
- En caso de convivencia en unión libre, se debe presentar certificado de notaría.

- Tu documento de identificación.
- Copia de Registro civil de nacimiento u otro documento que acredite el parentesco con el paciente.
- Tarjeta de Identidad del menor, si aplica.

La copia de historia clínica, puede entregarse solamente a los familiares en primer grado de consanguinidad: cónyuge, hijos, padres, hermanos en caso de no existir padres, ni hijos, ni cónyuge. En caso de no existir ningún familiar en este grado de consanguinidad debe aportar un certificado de notaría.

ACTUAR BIEN, TE HACE BIEN



FORMATO

Solicitud de **copia de historia clínica**

“La Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”. Ley 23 de 1981.

Conociendo lo anterior y en forma consciente, autorizo a Servicios de Salud IPS Suramericana, para que entregue copia de mi historia clínica para ser conocida por la siguiente persona y/o institución:



• Requiero copia de la historia clínica de las siguientes atenciones

• Indique las fechas: _____

• Nombre completo del paciente:

• Número de identificación del paciente:

• Firma del paciente, padre o representante legal:

Diligenciar para solicitud por correo electrónico



• Autorizo que la información me sea enviada por correo electrónico a la dirección:

• Firma y cédula del paciente, padre o representante legal:

Diligenciar cuando solicita un tercero autorizado por el paciente



Yo _____, declaro que me comprometo a utilizar la información solo para los fines mencionados y a conservar la confidencialidad y reserva de la información.

• La información es requerida para el siguiente trámite:

• Firma y cédula del tercero autorizado para reclamar:

Solicita la historia clínica al correo electrónico:
registrosclnicosIPS@sura.com.co

ACTUAR BIEN, TE HACE BIEN

segurossura.com.co • epssura.com

