



**Formato de Solicitud
de Historia Clínica Digital**
Rehabilitar Ltda. – Sede IPS Nueva Popayán

Versión: 003
Fecha: 04-06-2025
Página: 1 de 2

SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

La normatividad colombiana es cautelosa en la protección y confidencialidad de la historia clínica. El artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 0839 de 2017 señala que la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley, por lo que le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación.

NOMBRE DEL PACIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE RC TI CC CE **PERMISO ESPECIAL**

NÚMERO DEL DOCUMENTO

EXPEDIDO EN

CORREO ELECTRÓNICO PARA EL ENVÍO DE LA HISTORIA CLÍNICA

**Historia Clínica
Completa**

**Historia
Clínica Parcial**



**Fecha
de la HC**

**Nombre del
médico**

Si usted es el paciente debe adjuntar

1. Copia de su documento de identidad.
2. Este formato diligenciado completamente y firmado.

Si usted es familiar o tercero autorizado de un paciente mayor de edad debe adjuntar

1. Copia de su documento de identidad.
2. Copia del documento de identidad del paciente.
3. Una carta firmada por el paciente donde autoriza al familiar o tercero para solicitar y acceder a su Historia Clínica.
4. Este formato diligenciado completamente y firmado.

Si usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe adjuntar

1. Copia de su documento de identidad.
2. Copia del documento de identidad del paciente menor de edad:
 - A. Para menor entre 0 y 6 años Registro Civil como documento de identidad.
 - B. Para menor entre 7 y 17 años Tarjeta de Identidad como documento de identidad.
3. Copia de la documentación que lo acredite como representante legal del menor:
 - A. Registro Civil de Nacimiento del menor para acreditar parentesco como Padre o Madre.
 - B. Resolución Judicial o de Autoridad de Familia competente que lo acredite como Representante Legal del Menor.
4. Este formato diligenciado completamente y firmado.

Si usted es familiar de un paciente en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe adjuntar

1. Copia de su documento de identidad.
2. Copia del documento de identidad del paciente.
3. Para acreditar parentesco:¹
 - A. Como Padre o Madre del Paciente Copia del Registro Civil de Nacimiento del Paciente.
 - B. Como Hijo o Hija Copia del Registro Civil de Nacimiento del Hijo o Hija del Paciente.
 - C. Como Cónyuge Copia del Registro Civil de Matrimonio con el Paciente.
 - D. Como Compañero o Compañera Permanente Copia de la Declaración Extrajuicio.
4. Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud física o mental del paciente.
5. Una carta de solicitud firmada por usted donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para la finalidad referida, conservado su confidencialidad y reserva.



**Formato de Solicitud
de Historia Clínica Digital**
Rehabilitar Ltda. – Sede IPS Nueva Popayán

Versión: 003
Fecha: 04-06-2025
Página: 2 de 2

Si usted es familiar de un paciente fallecido debe adjuntar

1. Copia de su documento de identidad.
2. Copia del Registro Civil de Defunción del paciente.
3. Para acreditar parentesco:¹
 - A. Como Padre o Madre del Paciente Copia del Registro Civil de Nacimiento del Paciente.
 - B. Como Hijo o Hija Copia del Registro Civil de Nacimiento del Hijo o Hija del Paciente.
 - C. Como Cónyuge Copia del Registro Civil de Matrimonio con el Paciente.
 - D. Como Compañero o Compañera Permanente Copia de la Declaración Extrajuicio.
4. Una carta de solicitud firmada por usted donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para la finalidad referida, conservado su confidencialidad y reserva.

Los documentos mencionados deben ser adjuntados junto con esta solicitud en formato digital y enviados a:

Correo Electrónico:
historiaclinica@ipsnuevapopayan.com

Whatsapp:
322 644 0732

Al suscribir la presente solicitud, acepto bajo gravedad de juramento que a partir de la fecha en la que reciba la historia clínica, seré el único responsable de la custodia de la misma, liberando a la IPS NUEVA POPAYAN UT / REHABILITAR LTDA. de toda responsabilidad de la custodia, cuidado y conservación del mencionado documento, que consagra el Artículo 13 de la Resolución No 1995 de 1999, del Ministerio de Salud.

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE TI CC CE PERMISO ESPECIAL

NÚMERO DEL DOCUMENTO EXPEDIDO EN

CALIDAD DEL SOLICITANTE TITULAR O PACIENTE TERCERO AUTORIZADO FAMILIAR

PARENTESCO

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

¹Conforme a lo establecido por la Sentencia T-837/08 de la Corte Constitucional deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica, ya que la regla establecida sólo es predicable de los familiares más próximos del paciente.