

	FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA Y DOCUMENTOS ASOCIADOS (PACIENTES/AUTORIZADOS)	Código: F-GD-004
		VERSIÓN: 06 Fecha Elaboración : 04/2015 Fecha Actualización: 03/2025
Proceso: Gestión Documental		Página 1 de 2

FECHA DE SOLICITUD (ddmmaaaa):	
--------------------------------	--

NOMBRE COMPLETO DE PACIENTE <small>(Debe adjuntar copia del documento de identificación)</small>									
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN									
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: <small>(Marque con una X)</small>				<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> OTRO		

NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO, TUTOR, PERSONA AUTORIZADA <small>(Debe adjuntar poder o autorización firmados por el (la) paciente) y copia del documento de identificación</small>									
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN									
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: <small>(Marque con una X)</small>				<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> OTRO		

Por medio de la presente solicito los siguientes documentos que reposan en la historia clínica:
 (Marque con una X)

<input type="checkbox"/>	HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	
<input type="checkbox"/>	HISTORIA CLÍNICA FECHAS DEFINIDAS <small>(ddmmaaaa):</small>	Desde: <input type="text"/> Hasta: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (lectura)/ AYUDAS DIAGNÓSTICAS	
<input type="checkbox"/>	FÓRMULAS MÉDICAS U ÓPTICAS	

Autorizo de manera expresa que la información sea entregada en una de las siguientes modalidades:
 (Marque con una X)

CORREO ELECTRÓNICO: <small>(sin costo)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
DISCO COMPACTO (CD): <small>(\$5.000)</small>	<input type="checkbox"/>	Entregada en ventanilla de Gestión Documental. Adjuntar comprobante de pago.
FÍSICO <small>(\$200 x folio a partir de 5 páginas)</small>	<input type="checkbox"/>	Entregada en ventanilla de Gestión Documental. Adjuntar comprobante de pago

De conformidad con la Resolución 1995 de 1999 (Minsalud); la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015, así como las demás normas que la adicionan, modifican o complementan; conozco y acepto que como medida de seguridad para el tratamiento de la información relacionada con la atención médica, la historia clínica y/o exámenes de diagnóstico serán entregados en archivos con una clave de encriptación (número de identificación del paciente), la cual deberá ingresarse al momento de su apertura.

FIRMA DEL PACIENTE IDENTIFICACIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/>
FIRMA APODERADO, TUTOR, PERSONA AUTORIZADA IDENTIFICACIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/>

	FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA Y DOCUMENTOS ASOCIADOS (PACIENTES/AUTORIZADOS)	Código: F-GD-004
		VERSIÓN: 06 Fecha Elaboración : 04/2015 Fecha Actualización: 03/2025
Proceso: Gestión Documental		Página 2 de 2

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO

Acceda a nuestros servicios digitales sin salir de casa. Solicite su historia clínica y/o exámenes de diagnóstico, a través de nuestro correo institucional.

Para radicar su solicitud escriba un correo electrónico a la siguiente dirección:

archivo@barraquer.com.co

Adjunte el formato de solicitud debidamente diligenciado y firmado por el paciente, su apoderado, tutor o autorizado:

F-GD-004

Si la solicitud es realizada por el (la) paciente debe adjuntar:

1. Documento de identificación legible del (la) paciente.
2. Formato de solicitud F-GD-004, debidamente diligenciado y firmado

Si la solicitud es realizada por un familiar, apoderado, tutor o tercero autorizado por el (la) paciente debe adjuntar:

1. Documento de identificación legible de la persona autorizada o apoderado.
2. Documento de identificación legible el paciente.
3. Formato de solicitud F-GD-004, debidamente diligenciado y firmado

Si el (la) paciente es menor de edad, el trámite lo deben realizar los padres o representante legal y deben adjuntar:

1. Documento de identificación legible del padre, madre o representante legal.
2. Documento de identificación legible del (la) menor.
3. Documento que lo acredite como padre, madre o representante legal (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).
4. Formato de solicitud F-GD-004, debidamente diligenciado y firmado

Si el interesado es autorizado por una aseguradora o entidad del sistema de seguridad social en los términos de la Res. 1995 de 1999, Res. 2346 de 2007, Res. 1918 de 2009 y sus modificaciones. Deberá aportar la siguiente información:

1. Documento de identificación legible del (la) paciente.
2. Formato de solicitud F-GD-004, debidamente diligenciado y firmado
3. Documento que acredite la calidad de autorizado(a) en los términos de la normatividad aplicable.

El término para dar respuesta a su solicitud es el siguiente:

1. Historia Clínica: TRES (03) DÍAS HÁBILES siguientes al recibo de la solicitud debidamente diligenciada.
2. Recuerde que, la lectura de imágenes diagnósticas tiene un término de TRES (3) DIAS hábiles por parte del profesional correspondiente.
En consecuencia, a partir de dicho lapso, el interesado podrá realizar su solicitud de Historia Clínica con la lectura de las imágenes diagnósticas.