

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <b>FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA PACIENTE FALLECIDO</b> | <b>Código: FR0384</b><br><b>Versión: 04</b><br><b>Fecha: 05/04/2021</b><br><b>Página 1 de 1</b> |
|--|--|---|

| Información del paciente fallecido                              |                  |                                |                      |
|---|------------------|--------------------------------|----------------------|
| Primer Apellido   | Segundo Apellido | Nombres:                       | N° de Identificación |
| <b>Fecha de atención del paciente fallecido:</b>                |                  | <b>Motivo de la solicitud:</b> |                      |
| DD  | MM               | AAAA                           |                      |
| Información de la persona que solicita                          |                  |                                |                      |
| Primer Apellido:  | Según Apellido:  | Nombres:                       | N° de Identificación |
| Parentesco con el paciente:                                     | Dirección        | N° Teléfono:                   | N° Celular           |
| <b>Correo electrónico para el envío de la Historia Clínica:</b> |                  | <b>Fecha de solicitud:</b>     |                      |
|   |                  | DD                             | MM                   |
|   |                  | AAAA                           |                      |

**"Bajo mi absoluta responsabilidad autorizo que la historia clínica se remita al anterior correo electrónico"**

**Requisitos**

*El solicitante debe acreditar parentesco como padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica (Sentencia T – 158 A de 2008)*

|   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Copia del documento de identificación del <b>paciente</b>   | <input type="checkbox"/> | Copia del documento de identificación del <b>solicitante</b> | <input type="checkbox"/> |
| Copia Registro civil del solicitante                        | <input type="checkbox"/> | Copia del registro civil de defunción                        | <input type="checkbox"/> |
| Copia de la partida de matrimonio o declaración extrajuicio | <input type="checkbox"/> |  |                          |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**FIRMA AUTORIZADA LCHUB**

Con la firma del presente documento autorizo a Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga a realizar el tratamiento de mis datos, los cuales serán manejados conforme a lo establecido por la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, y de acuerdo a la política de protección de datos, la cual se encuentra publicada en la página [www.loscomuneroshub.com](http://www.loscomuneroshub.com) para la presente y futura consulta

|   |
|---|
| <b>Observaciones (campo exclusivo para el personal de Los Comuneros HUB):</b> |
|---|

|  |   |  |           |
|--|---|--|-----------|
| Elaboró: Nohora Johanna Londoño; Coordinadora de Gestión Comercial y Servicio al Cliente | Revisó: Marcela Rivero Gómez; Coordinador Asistencial | Aprobó: María Ligia Pulido Lemus; Coordinadora de Gestión de Calidad | Estado: V |
|--|---|--|-----------|

**COPIA CONTROLADA**

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA PACIENTE FALLECIDO</b> | <b>Código: FR0384</b><br><b>Versión: 04</b><br><b>Fecha: 05/04/2021</b><br><b>Página 1 de 1</b> |
|---|--|---|

| Información del paciente fallecido                              |                  |                                |                      |
|---|------------------|--------------------------------|----------------------|
| Primer Apellido   | Segundo Apellido | Nombres:                       | N° de Identificación |
| <b>Fecha de atención del paciente fallecido:</b>                |                  | <b>Motivo de la solicitud:</b> |                      |
| DD  | MM               | AAAA                           |                      |
| Información de la persona que solicita                          |                  |                                |                      |
| Primer Apellido:  | Según Apellido:  | Nombres:                       | N° de Identificación |
| Parentesco con el paciente:                                     | Dirección        | N° Teléfono:                   | N° Celular           |
| <b>Correo electrónico para el envío de la Historia Clínica:</b> |                  | <b>Fecha de solicitud:</b>     |                      |
|   |                  | DD                             | MM                   |
|   |                  | AAAA                           |                      |

**"Bajo mi absoluta responsabilidad autorizo que la historia clínica se remita al anterior correo electrónico"**

**Requisitos**

*El solicitante debe acreditar parentesco como padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica (Sentencia T – 158 A de 2008)*

|   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Copia del documento de identificación del <b>paciente</b>   | <input type="checkbox"/> | Copia del documento de identificación del <b>solicitante</b> | <input type="checkbox"/> |
| Copia Registro civil del solicitante                        | <input type="checkbox"/> | Copia del registro civil de defunción                        | <input type="checkbox"/> |
| Copia de la partida de matrimonio o declaración extrajuicio | <input type="checkbox"/> |  |                          |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**FIRMA AUTORIZADA LCHUB**

Con la firma del presente documento autorizo a Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga a realizar el tratamiento de mis datos, los cuales serán manejados conforme a lo establecido por la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, y de acuerdo a la política de protección de datos, la cual se encuentra publicada en la página [www.loscomuneroshub.com](http://www.loscomuneroshub.com) para la presente y futura consulta

|   |
|---|
| <b>Observaciones (campo exclusivo para el personal de Los Comuneros HUB):</b> |
|---|

|  |   |  |           |
|--|---|--|-----------|
| Elaboró: Nohora Johanna Londoño; Coordinadora de Gestión Comercial y Servicio al Cliente | Revisó: Marcela Rivero Gómez; Coordinador Asistencial | Aprobó: María Ligia Pulido Lemus; Coordinadora de Gestión de Calidad | Estado: V |
|--|---|--|-----------|

**COPIA CONTROLADA**