



**FORMATO ÚNICO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA**

**Código:** FO-GD-021

**Versión:** 04

**Fecha de Aprobación:**  
03/10/2024

**Fecha de Solicitud:**

DD MM AAAA

Usuario \_\_\_ Tercero (Persona diferente al paciente) \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**1. Datos de quien solicita la Historia Clínica**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**2. Datos del Usuario de la IPS SUMIMEDICAL**

Nombres y Apellido \_\_\_\_\_ Documento de Identidad \_\_\_\_\_

**3. ¿Cuáles de los siguientes documentos se adjunta?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Civil                | <input type="checkbox"/> Poder Autenticado                                   |
| <input type="checkbox"/> Acta de Registro de Defunción | <input type="checkbox"/> Autorización  |
| <input type="checkbox"/> Declaración Extra – Juicio    | <input type="checkbox"/> Fotocopia cédula Usuario                            |
| <input type="checkbox"/> Certificación Médica          | <input type="checkbox"/> Fotocopia cédula solicitante                        |
| <input type="checkbox"/> Sentencia Judicial            | <input type="checkbox"/> Fotocopia del carnet que acredita Institución y rol |

**4. Finalidad. ¿Para que Requiere la Historia Clínica?**

---

---

---

**5. Indique el periodo del cual solicita la copia de historia clínica:**

**FECHA INICIAL** DD MM AAAA **FECHA FINAL** DD MM AAAA

**6. Autorizo que la entrega por Correo electrónico:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**7. Firma del usuario o Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Huella:**

**AVISO DE PRIVACIDAD**

En IPS SUMIMEDICAL queremos comunicarle que los datos personales que le solicitamos y que usted suministra en el presente formulario serán trasladados de manera segura y confidencial para analizar si es viable o no entregar la historia clínica que ha solicitado.

El tratamiento de los datos se realiza, adicionalmente, con el fin de evaluar el servicio prestado, atención al usuario y para aquellas otras finalidades necesariamente conexas con las funciones que la ley otorga a las IPS. Para estos tratamientos IPS SUMIMEDICAL podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados, usando cualquier tecnología presente o futura.

Informamos que los datos personales podrán ser tratados por terceros, dentro o fuera de Colombia como encargados de tratamiento de acuerdo con las finalidades que ya mencionamos. También se podrán entregar sus datos a las autoridades facultadas para su tratamiento, conforme la ley.

Si desea conocer nuestra política de protección de datos, puedes consultarla en nuestro portal Web: <https://sumimedical.com/politica-de-privacidad-y-tratamiento-de-datos-personales/> Cualquier consulta, reclamación o duda o si desea ejercer el derecho de Habeas Data puedes escribirnos al correo electrónico [correspondencia@sumimedical.com](mailto:correspondencia@sumimedical.com)

“Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: “El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal”.