CLÍNICA PANAMERICANA	**FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA**	
Código: F-HC-31	**Versión:** 02	**Fecha de Aprobación:** 30 de marzo de 2022

Apartadó., D D / M M / A A A A

SEÑORES:
Clínica Panamericana
Dirección médica

Cordial saludo

Yo, _____ identificado con C.C. ___ T.I____ R.C____ C.E ___ Pasaporte ___ número _____, en calidad de_____, solicito la historia clínica de_____ identificado con C.C. ___ C.E ___ Pasaporte___ número _____,

Copia: Completa ___ Parcial ___ Fecha de atención requerida: _____ /_____ /_____.

Observaciones:

_____

_____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al aceptar el titular de la información autoriza que los datos personales serán tratados para dar cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales que le asisten a LA CLINICA como prestador del servicio esencial de salud dentro del marco regulatorio de la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999, Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables al acceso de la Historia Clínica, entre otras, para las siguientes finalidades: gestionar la Historia Clínica acorde con el Manual de Historia Clínica Institucional adoptado por LA CLINICA y demás normas; atender preguntas, quejas, reclamos y ser contactado por los medios de comunicación indicados y/o pertinentes; para la realización de ayudas diagnósticas y/o terapéuticas por terceros prestadores de servicios de salud nacionales o extranjeros; para cumplir requerimientos de las entidades del Estado y/o sus delegadas; para el control y vigilancia epidemiológica; para gestionar riesgos, realizar auditorías y desplegar acciones enfocadas al mejoramiento de la calidad de los servicios asistenciales; para investigación científica; para obtener autorización y/o pago de las entidades aseguradoras. La Política de Privacidad puede consultar en nuestro portal web www.clinicapanamericana.com.co. Para el ejercicio del Habeas Data, esto es, conocer, rectificar, modificar y solicitar la supresión de sus datos cuando ello proceda, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: info@clinpanamericana.com.co, o dirigiendo una comunicación al Centro de Administración Documental (CAD) en la Cra.100 No. 43-770 LT. C101 – Apartadó – Antioquia, segundo piso, Horario de oficina de 7 AM a 5 PM de lunes a viernes y sábados de 8 AM a 11 AM.

FIRMA DEL SOLICITANTE:

CC:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO

En caso de terceros debe Anexar: Copia del documento de identificación del paciente.
Copia del documento de identificación del autorizado para reclamar la historia clínica.
Prueba de parentesco cercano con él o el derecho de acceder a esta solicitud (carta de autorización del paciente).

Para realizar este trámite por correo electrónico, debe: Hacer llegar el presente formato diligenciado y sus anexos al correo: archivo@clinicapanamericana.co. Por lo cual autorizo el envió de la copia de la historia clínica al correo electrónico suministrado y certifico que corresponde a m i cuenta y m e responsabilizo de la custodia de la historia clínica.

La historia Clínica es un documento legal y privado, por lo tanto, me comprometo a no hacer público el contenido de la anterior documentación, dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 sobre el derecho a la intimidad del paciente. Igualmente, a mantener en total reserva y alejada del conocimiento general de la sociedad el contenido de la respectiva información; por ello, manifiesto que el contenido de la información solicitada únicamente se limitará a

aquella necesaria para satisfacer el propósito por el cual se solicitó. y es de mi pleno conocimiento que no se puede hacer público estos datos, cuando estos comprometen la intimidad, la honra o el buen nombre del paciente. Por lo tanto, eximo de toda responsabilidad a la clínica por cualquier mal uso que de la información obtenida se pueda hacer.