

Formato de Solicitud Copia Historia Clínica

Día	Mes	Año

Reg. Ingreso N° _____

1. Yo _____ identificado con D.N.I. N° _____

Solicito copia de mí historia clínica (*) Solicito copia de menor de edad (*) Discapacitado (*) Paciente fallecido

Nombres y apellidos del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____ Número de Historia Clínica _____

Domicilio del Paciente _____

(*) Parentesco con el paciente _____

Propósito de la solicitud _____

Solicito copia total de la historia Clínica (**) Solicito información específica

(**) Detallar _____

Teléfono de contacto: _____

La copia de Historia Clínica se entrega en un plazo de 05 días útiles y el informe médico en un plazo de 15 útiles

Llenar si marcó (*)

2. Autorizo entregar copia de la historia clínica a un tercero

Tramitar únicamente en casos que aplique y adjuntar carta poder simple y fotocopia del D. N.I. del usuario y del autorizado

Autorizo a _____ identificado con D.N.I. N° _____

_____ Firma y Huella del Solicitante _____ Firma Autorizado

Se tomará huella en caso de no poder firmar.

Negación

Le informamos que la historia clínica solicitada no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes.

No la solicita el titular No la solicita el responsable del menor de edad No presenta autorización del titular

(SOLO DE ENTREGARÁ LAS COPIAS AL SOLICITANTE (1), PREVIA PRESENTACIÓN DE D.N.I. ORIGINAL)

Recibí conforme total de folios _____ Nombre _____ D.N.I. _____

_____ Firma

Huella digital

“La historia clínica es un documento médico legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de menor de edad o persona discapacitada se entregará al responsable o representante legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Numeral VI.2.1.4 (Aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006-MINSA)”.