

Bogotá D.C., DD de MM de AAAA

Señores
GESTIÓN DOCUMENTAL
Instituto de Estudios Científicos en Odontología
IECO S.A.

Yo _____ Identificado(a) con
C.C.____ C.E.____ P.P.____ P.E.____ C.D.____ No. _____ expedida en _____
solicito copia de mi Historia Clínica, por el siguiente motivo:

_____.

Fecha de atención requerida: ____ / ____ / ____.

Solicito la entrega de copia de Historia Clínica en medio:

- Físico _____
- Digital _____ al correo electrónico: _____.

Firma del Solicitante: _____
Documento de identidad: _____
No. Telefónico: _____
Correo Electrónico: _____

Debe Anexar: Copia del documento de identificación.
Nota: La entrega o envío de la Historia Clínica se realizará tres (3) días hábiles, posterior a la fecha de solicitud.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Al diligenciar el presente formato, acepto y me comprometo a utilizar la información solicitada solo para dar cumplimiento a las razones que motivaron la presente solicitud, manteniendo su confidencialidad y reserva en cumplimiento de la normatividad vigente.

RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA: Ley 23 de 1981 (Art.34) - Resolución 1995 de 1999 (Art.1): "La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley". **Sentencia T-158 A de 2008 - Corte Constitucional:** Para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado mental o físico, la historia clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos por la Ley.