

	<b>LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER</b>	<b>IN-FT-50</b>
	<b>SOLICITUD COPIA DE RESULTADOS DIAGNÓSTICOS Y/O HISTORIAS CLÍNICAS</b>	<b>Versión: 00</b>
		<b>Fecha: 10-03-2020</b>
		<b>Página: 1 de 1</b>

En la Liga Santandereana Contra el Cáncer valoramos sus derechos como paciente. Por respeto a su derecho a la intimidad y de acuerdo con la ley vigente, le invitamos a conocer la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Protección Social, por la cual se establecen los derechos del paciente, que reza: "Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social: (...). Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que solo con su autorización, puedan ser conocidos. (...)" así mismo, la ley 23 de 1981, en su Artículo 34, señala que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de un paciente. Es un documento privado sometido a reserva. Es por ello que, con el ánimo de proteger la confidencialidad de la información personal y la reserva propia de la historia clínica, la Liga Santandereana Contra el Cáncer debe contar con una solicitud expresa para la entrega formal de cualquier documento clínico. De manera atenta lo invitamos a diligenciar el siguiente formato, a través del cual usted solicita a la Liga Santandereana Contra el Cáncer el envío por correo electrónico o la entrega de su historial médico; para lo cual deberá presentar su documento de identidad y copia.

Fecha de solicitud: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con el documento N°: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, solicito copia de mi:

- Resultados diagnósticos de \_\_\_\_\_ tomado el día \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,
- Historia clínica del servicio \_\_\_\_\_,

o que éste sea enviado al correo electrónico \_\_\_\_\_.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Obligatorio

\_\_\_\_\_  
Firma y huella del paciente

Recibo de Conformidad:

Nombre: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de Folios: \_\_\_\_\_

<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>
Comité Historia Clínica	Profesional de Gestión Integral	Director Ejecutivo