Bienaventuranza IPS	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	CÓDIGO: GTI-FT-002 VERSIÓN:01 FECHA: 11/02/21 PÁGINA 1 DE 1
	Solicitud de historia clínica	

Fecha de solicitud: Día_____ Mes: _____ Año: _____

Nombres y apellidos del paciente:	
Número de identificación:	
Firma del paciente:	
Teléfono de Contacto:	

Solicito:

- ☐ Historia Clínica Completa_____ del año_____.
- ☐ Órdenes médicas del día ____ mes _____ año _____.
- ☐ Incapacidad del día ____ mes _____ año _____.
- ☐ Fórmula médica del día ____ mes _____ año _____.
- ☐ Otros (Indique cuáles) _____.

CANAL DE ENTREGA (Marque con una x las opciones deseadas)

El costo de la impresión es $200 pesos por hoja. El envío por correo electrónico es gratuito.

☐ **Impresa**	☐ **Correo electrónico**

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO

(Diligenciar este campo de manera legible y completa)

Teniendo en cuenta que las historias clínicas contienen información confidencial y sensible se advierte a quienes las consultan o descargan que, asumen la obligación de dar a la información que reciben el buen uso que la ley señala y se comprometen a preservar la debida confidencialidad y reserva". Recuerde que la información que ingrese debe ser veraz para garantizar el trámite, en caso contrario la responsabilidad en la que se incurra recaerá sobre el usuario.

Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a Bienaventuranza IPS para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines asistenciales, legales contractuales, comerciales, de investigación y académicos descritos en la Política de Tratamiento de Datos e información.

Solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través del siguiente correo electrónico

_____@_____

Certifico que soy el titular de la cuenta de correo y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica.

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

- *Este formato puede solicitarlo en la recepción o en la Oficina de Atención al Usuario ubicadas en el primer piso de la clínica.*
- *Puede diligenciar este formato en computador o a mano. Tenga presente que es indispensable contar con la firma del solicitante.*
- *Una vez diligenciado el formato, escanearlo y enviarlo al correo electrónico informacion@bienaventuranzaips.com junto con fotocopia del documento de identificación del paciente o entregar toda la documentación en la oficina de atención al usuario o en la recepción de la clínica.*