

Puerto Asís Putumayo, DD / MM / AAAA

Señores:  
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO.  
Carrera 48 # 10-29  
Puerto Asís - Putumayo

Cordial saludo,

Por medio del presente, Yo \_\_\_\_\_ identificado(a)  
con C.C. \_\_\_ C.E. \_\_\_ Otro \_\_\_ No. \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, para solicitar copia de  
mi Historia Clínica:

**Copia:** Completa \_\_\_ Parcial \_\_\_ **Fecha de atención requerida:** dd / mm / aaaa

**Anexos:** Orden Médica \_\_\_ Formula Médica \_\_\_ Constancia y/o certificación \_\_\_ Otro \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Esta historia Clínica es solicitada con el fin de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva. Acepto que, **para obtener copia de la historia clínica** debo de presentar los siguientes **requisitos:** \*Copia del documento de identificación.

Firma del solicitante.: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ Celular No.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### Normas para el Manejo de Historias Clínicas

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".

**¡Tu salud, nuestro compromiso...!**

Dirección: Carrera 48 No. 10-29 / Barrio: Ciudad Leguizamo – Celular: 3503160054 Ext. 5069

Correo electrónico: [gestiondocumental@hacputumayo.com.co](mailto:gestiondocumental@hacputumayo.com.co)

Página web: <https://www.hacputumayo.com.co>