

Estimado paciente,

Para solicitar copia de su historia clínica, de conformidad con la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999, ponemos a su disposición la opción de recibir su historia clínica a través del correo electrónico Uniandes, para lo cual es necesario cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación:

1. El envío de la solicitud, debe efectuarse al correo electrónico: salud@uniandes.edu.co
2. Dependiendo del tipo de solicitante, se debe adjuntar a la solicitud los siguientes documentos:

Paciente mayor de edad:

- i) Copia del documento de identificación.
- ii) Consentimiento de envío de copia de historia clínica- paciente diligenciado y firmado. ANEXO1

Paciente menor de edad:

Solicitante: Padre, madre o representante legal.

- i. Copia del documento del padre, madre o representante legal.
- ii. Copia del documento de identidad del menor.
- iii. Copia de la documentación que lo acredite como representante legal (registro civil de nacimiento o declaración judicial).
- iv. Consentimiento de envío de copia de historia clínica- paciente diligenciado y firmado por el representante legal, en el que obligatoriamente exprese las razones de la solicitud. ANEXO2

Paciente mayor de edad en estado de incapacidad mental o física para autorizar un tercero:

Solicitante: Familiar en primer grado de consanguinidad y/o afinidad

- i) Copia del documento de identificación del paciente.
- ii) Copia documento de identificación del familiar/solicitante.
- iii) Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- iv) Copia del certificado médico que evidencie la incapacidad físico o mental del paciente para otorgar una autorización.
- v) Consentimiento de envío de copia de historia clínica- paciente diligenciado y firmado, en el que obligatoriamente exprese las razones de la solicitud y su compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva. ANEXO 3.

Paciente fallecido

Solicitante: Familiar en primer grado de consanguinidad y/o afinidad

- i) Copia del documento de identificación del paciente.
- ii) Copia documento de identificación del familiar/solicitante.
- iii) Copia del certificado de defunción
- iv) Copia del registro civil de nacimiento (si es el hijo), o copia del registro civil de matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso, si es la/el esposa/o o compañera/o permanente), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- v) Consentimiento de envío de copia de historia clínica- paciente diligenciado y firmado, en el que obligatoriamente exprese las razones de la solicitud y su compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva. ANEXO 4.

3. Posterior a la recepción, el Centro Médico verificará la documentación remitida y en caso de estar completa, procederá entre 3-5 días hábiles para el envío de la copia de la historia vía correo electrónico, a la dirección del cual procede la solicitud.

4. En caso de documentación faltante, se responderá al solicitante aclarando lo pendiente.

5. En caso que no le sea posible imprimir y firmar los anexos, puede transcribirlo completo en una hoja en blanco, firmarlo y escanearlo o fotografiarlo para su envío.

ANEXO 1. Paciente mayor de edad

Bogotá D.C.,

D D / M M / A A A A

SEÑORES:

SERVICIO MÉDICO UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Yo, _____ identificad@ con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____
número _____, solicito copia de mi Historia Clínica.Tipo de copia: Medicina Psicología Odontología Fecha única: ____ / ____ / ____. Periodo: Desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____Observaciones:

Yo, en mi calidad de persona natural manifiesto que autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada, a la Universidad de Los Andes, para recolectar, usar, suprimir, procesar, verificar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en las bases de datos o repositorios con que cuenta la Universidad. La información será utilizada para el desarrollo de las funciones propias de la Universidad en su condición de institución de educación superior, de forma directa o a través de terceros.

De igual manera declaro que estoy al tanto de los derechos que me asisten como titular de datos, especialmente los de conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a la Universidad de los Andes, y los demás consagrados en el Manual de Política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad, las normas pertinentes y aplicables, así como del carácter facultativo de la respuesta a las preguntas, si se le llegasen a hacer. Los derechos aquí Autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna.

Finalmente declaro que:

(i) Que soy el titular de los datos de conformidad con la ley.

(ii) Que la información que he suministrado es veraz.

(iii) Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Puede consultar los derechos como titular de sus datos, así como los canales para ejercerlos: habeasdata@uniandes.edu.co

Firma: _____

Nombre: _____

Celular contacto: _____

ANEXO 2 Paciente menor de edad

Bogotá D.C.,

DD / MM / A A A A

SEÑORES:

SERVICIO MÉDICO UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Yo, _____ identificad@ con C.C__ C.E __ Pasaporte ____ número _____ expedida en _____, en calidad de representante legal, solicito copia de la Historia Clínica de _____ identificado con R.C. T.I número _____ expedida en _____.

Parentesco del solicitante: Padre__ Madre__ otros ¿Cual? _____

Tipo de copia: Medicina Psicología Odontología Fecha única: ____/____/____. Periodo: Desde ____/____/____ hasta ____/____/____.

En caso de otro parentesco diferente al señalado deberá mediar una sentencia judicial. Observaciones:

Yo en mi calidad de persona natural manifiesto que autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada, a la Universidad de Los Andes, para recolectar, usar, suprimir, procesar, verificar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en las bases de datos o repositorios con que cuenta la Universidad. La información será utilizada para el desarrollo de las funciones propias de la Universidad en su condición de institución de educación superior, de forma directa o a través de terceros.

De igual manera declaro que estoy al tanto de los derechos que me asisten como titular de datos, especialmente los de conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a la Universidad de los Andes, y los demás consagrados en el Manual de Política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad, las normas pertinentes y aplicables, así como del carácter facultativo de la respuesta a las preguntas, si se le llegasen a hacer. Los derechos aquí Autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna.

Finalmente declaro que:

(i) Que soy el titular de los datos de conformidad con la ley.

(ii) Que la información que he suministrado es veraz.

(iii) Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Puede consultar los derechos como titular de sus datos, así como los canales para ejercerlos: habeasdata@uniandes.edu.co

Firma: _____

Nombre: _____

Celular contacto: _____

ANEXO 3. Paciente mayor de edad en estado de incapacidad mental o física para autorizar un tercero:

Bogotá D.C.,

D D / M M / A A A A

SEÑORES:

SERVICIO MÉDICO UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Yo, _____ identificad@ con C.C. ___ C.E ___ Pasaporte ___ número _____, solicito copia de la Historia Clínica de _____ identificad@ con C.C. ___ C.E ___ Pasaporte ___ número _____, quién actualmente se encuentra incapacitado (a) para dar su consentimiento de realizar esta solicitud.

Tipo de copia: Medicina Psicología Odontología

Fecha única: ___/___/_____.

Periodo: Desde ___/___/_____ hasta ___/___/_____

Parentesco del solicitante: Padre o Madre ___ Hijo (a) ___ Compañero (a) Sentimental ___

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

Esta Historia Clínica es solicitada con el fin de: _____

“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”

Yo en mi calidad de persona natural manifiesto que autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada, a la Universidad de Los Andes, para recolectar, usar, suprimir, procesar, verificar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en las bases de datos o repositorios con que cuenta la Universidad. La información será utilizada para el desarrollo de las funciones propias de la Universidad en su condición de institución de educación superior, de forma directa o a través de terceros.

De igual manera declaro que estoy al tanto de los derechos que me asisten como titular de datos, especialmente los de conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a la Universidad de los Andes, y los demás consagrados en el Manual de Política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad, las normas pertinentes y aplicables, así como del carácter facultativo de la respuesta a las preguntas, si se le llegasen a hacer. Los derechos aquí Autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna.

Finalmente declaro que:

(i) Que soy el titular de los datos de conformidad con la ley.

(ii) Que la información que he suministrado es veraz.

(iii) Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Puede consultar los derechos como titular de sus datos, así como los canales para ejercerlos: habeasdata@uniandes.edu.co

Firma: _____

Nombre: _____

Celular contacto: _____

ANEXO 4. Paciente fallecido

Bogotá D.C.,

DD / MM / A A A A

SEÑORES:

SERVICIO MÉDICO UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Yo, _____ identificad@ con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____ número _____, solicito copia de la Historia Clínica de _____ identificad@ con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____ número _____.

Tipo de copia: Medicina Psicología Odontología Fecha única: ____/____/____. Periodo: Desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Parentesco del solicitante: Padre o Madre ____ Hijo (a) ____ Compañero (a) Sentimental ____

En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial. Esta Historia Clínica es solicitada con el fin de: _____

“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”

Yo en mi calidad de persona natural manifiesto que autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada, a la Universidad de Los Andes, para recolectar, usar, suprimir, procesar, verificar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en las bases de datos o repositorios con que cuenta la Universidad. La información será utilizada para el desarrollo de las funciones propias de la Universidad en su condición de institución de educación superior, de forma directa o a través de terceros.

De igual manera declaro que estoy al tanto de los derechos que me asisten como titular de datos, especialmente los de conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a la Universidad de los Andes, y los demás consagrados en el Manual de Política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad, las normas pertinentes y aplicables, así como del carácter facultativo de la respuesta a las preguntas, si se le llegasen a hacer. Los derechos aquí Autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna.

Finalmente declaro que:

(i) Que soy el titular de los datos de conformidad con la ley.

(ii) Que la información que he suministrado es veraz.

(iii) Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Puede consultar los derechos como titular de sus datos, así como los canales para ejercerlos: habeasdata@uniandes.edu.co

Firma: _____

Nombre: _____

Celular contacto: _____