

Pre visualización de formato integrado

Institución o dependencia	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA -POPAYAN		
Fecha última actualización	2015-12-29	Estado	Inscrito
Tipo formato integrado	 Modelo Único – Hijo	Número	32932

Descripción

Nombre propuesto en el inventario	Historia clínica
Nombre	Historia clínica
Nombre estandarizado	Expedición historia(s) clínica
También se conoce como	Procedimiento de Control de Historia Clínica
Propósito de cara al usuario	Obtener la historia clínica en la que se registra cronológicamente: 1. Las condiciones de salud del paciente o familia. 2. Los actos médicos (consejos a pacientes para mejoría de salud, diagnósticos y tratamiento de enfermedades). 3. Demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención.
¿Se puede realizar por medios electrónicos?	no disponible

Información del resultado final

Nombre del resultado	Copia de la historia clínica
Tiempo de obtención	1 hora(s)
¿Tiene observaciones y excepciones al tiempo de obtención?	Esta condición se cumple siempre y cuando el usuario solicitante cumpla con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.
Medio por donde se obtiene el resultado	Presencial

Fundamento legal

Tipo de norma	Número	Año	Títulos, capítulos o artículos	Elementos del Trámite	Soporte
Resolución	839	2017	Todos		
Documento técnico	Sentencia T - ...	2009	Todos		
Ley	911	2004	Artículos 35 - 38		
Decreto Ley	019	2012	Artículo 110	Documento	
Ley	1438	2011	Artículo 16.7		
Resolución	1995	1999	Todos		
Ley	528	1999	Artículos 44, 45		
Ley	23	1981	Artículos 34 - 36		

Información de ejecución

Puntos de atención	En un punto de atención específico de la institución Ver puntos de atención
Fecha de ejecución	Cualquier fecha

Registro dirigido a

Ciudadano**Extranjeros****Situaciones de vida****Ninguno****Clasificación temática****Salud****Qué se necesita****1 Reunir los documentos y cumplir con las condiciones establecidas para el trámite****Documento****Carta de solicitud:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** en la que se especifique qué parte de la historia clínica necesita y su finalidad. La carta debe estar dirigida al director del Hospital. En esta se debe solicitar copia de la historia clínica justificando los motivos para qué la requiere y comprometiéndose a guardar reserva legal del documento.**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**Excepción 1: Si la solicitud es realizada por el paciente.****Documento****Cédula de ciudadanía :** 1 original(es)**Aplica para:** Ciudadano**Documento****Cédula de extranjería:** 1 original(es)**Aplica para:** Extranjeros**Excepción 2: Si la solicitud es realizada por un familiar o tercero.****Documento****Autorización escrita:** 1 copia(s) (Copia de Documento de identidad del Solicitante y Original de autorización)**Anotaciones adicionales:** en la que se especifique el nombre completo del paciente y la persona autorizada, con los respectivos números de identificación, lugar de residencia, teléfono, indicando el parentesco con el dueño de la historia clínica y motivo por el cual se hace la solicitud de este documento.*La autorización debe firmada por quien autoriza y el autorizado***Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**Documento****Cédula de ciudadanía :** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** del paciente y de la persona autorizada.**Aplica para:** Ciudadano

 Documento**Cédula de extranjería:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** del paciente y de la persona autorizada.**Aplica para:** Extranjeros**Excepción 3: Si el paciente es un menor de edad.** Documento**Cédula de ciudadanía :** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** de los padres o representante legal.**Aplica para:** Ciudadano Documento**Cédula de extranjería:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** de los padres o representante legal.**Aplica para:** Extranjeros Documento**Tarjeta de identidad:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** si es menor de edad mayor de 7 años, o registro civil de nacimiento si es menor de 7 años.**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros Documento**Registro civil de nacimiento:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** en el que se establezca el parentesco, o documento que lo acredite como representante legal del menor.**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**Excepción 4: Si el paciente es un fallecido.** Documento**Certificado de defunción:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** Del afiliado.**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros Documento**Registro civil de nacimiento:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** en el que se evidencie el parentesco para hijos o padres del fallecido, o el Registro civil de matrimonio, o la declaración que acredite que era compañero (a) permanente del fallecido.**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros Documento**Cédula de ciudadanía :** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** de los padres, o hijos o cónyuge.

Aplica para: Ciudadano**Documento****Cédula de extranjería:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** de los padres o hijos o cónyuge.**Aplica para:** Extranjeros**Excepción 5: Si el paciente se encuentra en estado de incapacidad.****Documento****Certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente:** 1 original(es)**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**Documento****Registro civil de nacimiento:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** en el que se evidencie el parentesco para hijos o padres, o el Registro civil de matrimonio, o la declaración que acredite que es compañero (a) permanente, o documento que lo acredite como representante legal del menor.**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**Documento****Cédula de ciudadanía :** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** del paciente y de los padres, o de los hijos, o del cónyuge. En caso de ser un menor de edad mayor de 7 años tarjeta de identidad, o menor de 7 años registro civil de nacimiento.**Aplica para:** Ciudadano**Documento****Cédula de extranjería:** 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** del paciente y de los padres o de los hijos, o del cónyuge.**Aplica para:** Extranjeros**2 Solicitar la historia clínica presentando los documentos requeridos****Canal de atención**

Presentarse con la documentación en la oficina de Estadística ubicada en el Edificio Asistencial Adultos

Medio

Presencial

DetallePresencial en los puntos de atención indicados por la institución**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**Copia de la historia clínica****Medio por donde se obtiene el resultado: Presencial**

Medio para seguimiento del usuario**- Seguimiento en la sede principal****Dirección** Calle 15 No. 17A 136**Teléfono:** 8213893**Correo electrónico** hospitalhslv@hosusana.gov.co**- Seleccione el(los) canal(es)**

Medio	Detalle
Presencial	Presencial en los puntos de atención indicados por la institución Ver puntos de atención

