|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO** | **IDENTIFICACIÓN** | | **PARENTESCO** | **ZONA DE RECIDENCIA** | |
| **TIPO** | **NUMERO** | **RURAL** | **URBANA** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS DE LA HISTORÍA CLÍNICA** | | | |
| **NOMBRE COMPLETO** | **IDENTIFICACIÓN** | | **No. FOLIOS** | |
| **TIPO** | **NUMERO** |
|  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DESTINO** | | | | |
| **Fotocopia** | **Auditoria** | **Revisión** | **Remisión** | **Otro**  **Cual?** |

|  |
| --- |
| 1. **JUSTIFICACION DE LA SOLICITUD** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma Solicitante** |  | **Fecha solicitud** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **AUTORIZACION** | | | |
| **NOMBRE COMPLETO** | **CARGO** | **FIRMA** | **FECHA** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **ENTREGA** | | | | | |
| **Firma de quien recibe** | |  | | **Fecha entrega** |  |
| **Detalle de lo que se entrega** | | |  | | |
| **Observaciones** |  | | | | |

*La historia clínica entregada mediante aprobación del presente formato será fiel copia de su original*

Requisitos para acceder a la copia original de la historia clínica:

* Si usted es el titular de la historia clínica debe presentarse con el documento original de identidad.
* Si usted no es el titular de la historia clínica, debe presentarse con el documento original de identidad y documento escrito autenticado en notaria, en el cual el titular de la historia clínica lo autoriza para tener acceso a este documento.
* Si usted representa un organismo de vigilancia y control, ente policivo, militar o cualquier otra entidad de carácter público o gubernamental, debe solicitar formalmente a través de documento oficial de la división de servicios asistenciales y de salud de la UFPS.
* Si usted no es el titular de la historia clínica, siendo el mismo un menor de edad, y con lazo de consanguinidad directo, debe presentarse con su documento de identidad original y el documento de identidad original del menor.

Los requisitos anteriormente mencionados son de obligatorio cumplimiento, aclarando que la historia clínica se entregará 72 horas después de la respectiva solicitud o requerimiento a la división de servicios asistenciales y de salud de la UFPS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | | |
| **VERSIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO** | **FECHA** | **RESPONSABLES** |
| 01 | **Creación del Documento.** Documentos y registros relacionados a medicamentos, dispositivos médicos e insumos para habilitación de los servicios de salud que se ofertan desde la División de Servicios Asistenciales y de Salud adscrita a la Vicerrectoría de Bienestar Universitario a la comunidad institucional. | 24/04/2023 | **Elaborado por:**   * Luis Eduardo Trujillo (Vicerrector Bienestar Universitario) * Lina Mariela Ardila (Profesional Coordinador Unidad Salud) * Mónica Bautista (Profesional Apoyo Planeación – Calidad)   **Aprobado por:**   * Henry Luna (Líder de Calidad) |