|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE SOLICITUD** | | |  | **FECHA DE ENTREGA** | | |
| **AÑO** | **MES** | **DIA** | **AÑO** | **MES** | **DIA** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **USUARIOS** |
| En la ciudad de San José del Cúcuta, el día       del mes        del año        se le hizo entrega de forma personal de las copias solicitadas al paciente        identificado con documento No.        expedido en       , quien había realizado solicitud a la División de Servicios Asistenciales y de Salud de la UFPS de dichos registros el día       del mes        del año       . Así mismo se hace constar que el usuario al momento de retirar la documentación, se identificó con su documento original que permitió acreditar su autenticidad.  En constancia, el usuario en cuestión acepta y recibe conforme la documentación entregada:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FIRMA DE USUARIO**  **Teléfono:**  **Dirección:** |

|  |
| --- |
| **FAMILIARES O TERCEROS** |
| En la ciudad de San José del Cúcuta, el día       del mes        del año       , se le hizo entrega de forma personal de las copias solicitadas al señor(a)       , identificado con documento No.        expedido en       , en calidad de familiar y/o apoderado debidamente autorizado por el usuario       , identificado con documento No.        expedido en       , quien había realizado solicitud a la División de Servicios Asistenciales y de Salud de la UFPS de dichos registros el día       del mes        del año       . Así mismo se hace constar que la persona al momento de retirar la documentación, se identificó con su documento original que permitió acreditar su autenticidad.  En constancia, el familiar o apoderado autorizado en cuestión acepta y recibe conforme la documentación entregada:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA DE APODERADO O FAMILIAR AUTORIZADO**  **Teléfono:**  **Dirección:** |

*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 los 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.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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) |