

a. Formulario de solicitud de copia de historia clínica

Te ha invitado a que rellenes un formulario:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

Una vez recibido el formulario, le informaremos por mail, la documentación necesaria para poder completar su trámite.

Correo *

DATOS DEL PACIENTE : Nombre y Apellido (completos) *

DNI *

Fecha de Nacimiento *

Mall de contacto *

Téfono de contacto (en lo posible mas de una opcion)

DATOS DEL SOLICITANTE : (completar SOLO en caso de no ser el titular de a historia clínica)

Nombre y Apellido:

DNI

Parentesco:

Téfono de contacto (en lo posible mas de una opcion)

b. Respuesta de mail de solicitud de copia de HC

Respuesta de mail de solicitud de copia de HC

Habiendo recibido su solicitud de copia de Historia Clínica, le informamos que debe presentarse **en el horario de 8 a 12hs**, en el Archivo Central situado en el 1° subsuelo Sector E, **con su DNI**, a fin de poder firmar las autorizaciones correspondientes.

IMPORTANTE

SI USTED ES EL PACIENTE

Debe concurrir con su DNI

SI USTED NO ES EL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA

Debe concurrir con:

Formulario de autorización (firmado)

DNI o fotocopia del DNI del paciente

Documentación que acredite el vínculo:

Libreta de matrimonio/certificado de convivencia

Partida de nacimiento

Poder debidamente legalizado (tutor o encargado)

SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA INTERNADO EN OTRA INSTITUCIÓN

Concurrir con Constancia de internación en otro centro con solicitud médica donde conste firma, sello y membrete de la institución.

Siendo cautelosos en la protección y confidencialidad de la Historia Clínica y cumpliendo los presupuestos legales establecidos por la Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529), le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan anteriormente.

Ante cualquier inconveniente comunicarse de lunes a 8 a 12hs al 4469-9200 interno 5809.

c. Formulario de Autorización de Copia de Historia Clínica



1983 / 2023 • 40 años de Democracia



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

Fecha ____ / ____ / ____

Yo,

_____, con DNI _____, voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo a tramitar la copia de mi historia clínica.

Persona autorizada:

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Firma del solicitante

Firma del autorizado

d. Registro de Solicitud

REGISTRO DE SOLICITUD

Fecha: / / 202_

Yo, _____

DNI _____, solicito copia de Historia Clínica.

Forma de recepción del material solicitado:

Presencial

Mail

Dirección de mail:

Teléfono de contacto:

La documentación que se entrega/remite surge de los siguientes componentes:

Historia Clínica Papel Digitalizada n° _____ que consta de folios

Historia Clínica Papel n° _____ que consta de folios

Expediente Clínico Electrónico n° _____ que consta de folios

Historia Electrónica n° _____ que consta de folios

Se adjunta copia de DNI y/o documentación que respalda el vínculo con el titular de la Historia Clínica

La remisión por parte de nuestra institución al correo referido en este formulario implica el cumplimiento de la solicitud efectuada, independientemente de la recepción efectiva del mismo. Por favor verificar spam, falta de espacio en la casilla, mail rechazado por dirección incorrecta, etc.

Firma y aclaración

Si en el transcurso de las 48hs de entregada la documentación en forma presencial, no recibió su copia de HC en el mail referido, por favor revisar spam, falta de espacio en casilla, o comunicarse de lunes a 8 a 12hs al 4469-9200 interno 5809.

ANEXO II

e. Diseño Base de Datos: Solicitudes Finalizadas

DISEÑO BASE DE DATOS: SOLICITUDES FINALIZADAS

Paciente

Apellido y Nombre

DNI

HC

Solicitante / firmante

Apellido y Nombre

DNI

Vínculo: Titular / Familiar / Médico / No habilitado

Fecha de Registro presencial

Documentos localizados

Historial clínico:	SI/NO	Fojas:
Historia Clínica Digitalizada:	SI/NO	Fojas:
Historia Clínica en papel:	SI/NO	Fojas:
Historia Electrónica SigHAP:	SI/NO	Fojas:
Expediente Clínico Electrónico TASY:	SI/NO	Fojas:
Otro: (especificar)	SI/NO	Fojas:

Entrega

Copia física en papel: SI / NO

Por correo electrónico: SI / NO

E-mail de recepción:

Fecha de Envío



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo Disposición

Número:

Referencia: Anexo II

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.