

 <p>CENTRO DE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN SOBRE CÁNCER LUIS CARLOS SARMIENTO ANGULO</p>	SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA – PACIENTE MAYOR DE EDAD	Código:	FOR-GDT-015
		Versión:	00
		Página:	1 de 2

Bogotá, DD / MM / AAAA

Señores Archivo
Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer
Luis Carlos Sarmiento Angulo – CTIC

Yo _____ identificado (a) con el tipo de documento _____ número _____ de la ciudad _____ solicito copia de:

Indique la fecha que corresponde a la historia clínica o resultado a reclamar:

Fecha, Desde: DD / MM / AAAA Hasta: DD / MM / AAAA

- Copia de Historia Clínica
- Imágenes Diagnósticas
- Resultado de Laboratorio y patología
- Descripción Quirúrgica
- Récord anestésico
- Epicrisis

Otro documento ¿Cuál? _____

Motivo de la solicitud

- Para validar incapacidad frente a empleador.
- Solicitud personal del usuario.
- Para gestionar la pensión.
- Por solicitud de la EPS.
- Por solicitud de la Superintendencia de Salud.
- Por solicitud de Institución Educativa.
- Por solicitud de ARL.
- Para valoración médica particular.
- Por cambio de EPS.
- Por solicitud de profesional médico para establecer enfermedad profesional.

Otro ¿Cuál? _____

Esta solicitud se firma el día: DD Mes: MM Año: AAAA

De conformidad con lo previsto en la ley 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulan la materia sobre el tratamiento de datos personales y confidencialidad de la información, autorizó que mis datos personales y los de mi (s) representado (s) sean incorporados en las bases de datos de responsabilidad del CTIC y que estos sean tratados con las siguientes finalidades: medir la satisfacción de los servicios prestados por el CTIC e identificar necesidades del servicio, confirmo haber sido informado que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido al CTIC a la dirección de correo electrónico datos@ctic.org o a través de correo ordinario remitido a la dirección: Calle 168 No. 14 – 42, Bogotá, atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la Política de Protección de datos al CTIC que se encuentra en la página Web de la entidad.

 <p>CENTRO DE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN SOBRE CÁNCER LUIS CARLOS SARMIENTO ANGULO</p>	SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA – PACIENTE MAYOR DE EDAD	Código:	FOR-GDT-015
		Versión:	00
		Página:	2 de 2

Autoriza el envío de la Historia Clínica o resultado a reclamar al correo electrónico suministrado en el presente documento,

SI NO

Correo electrónico:

 Certifico que es una cuenta de correo propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica al recibido en este correo electrónico.

Firma del solicitante _____

Nombre del solicitante: _____

Tipo de identificación: _____ Número de identificación _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

La entrega de copias de la historia clínica está sujeta a previa verificación con el documento de identidad y demás documentos según sea el caso, por parte del colaborador de CTIC.

Motivo de negación:

- No es solicitada por un tercero autorizado.
- No presenta la documentación completa.
- Las fechas de las atenciones solicitadas, no corresponden a las fechas en historia clínica.

*Anexar copia del documento de identificación del usuario

Nota: Recuerde que cada folio impreso tiene un valor de 300 pesos, por lo tanto, autoriza la impresión de todos los folios que se generen a partir de su solicitud Si No

Si su solicitud incluye más de 20 folios, desea que la historia clínica y/o Epicrisis sea entregada en un CD, con un valor único de 3.000 pesos Si No

De conformidad con lo previsto en la ley 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulan la materia sobre el tratamiento de datos personales y confidencialidad de la información, autorizó que mis datos personales y los de mi (s) representado (s) sean incorporados en las bases de datos de responsabilidad del CTIC y que estos sean tratados con las siguientes finalidades: medir la satisfacción de los servicios prestados por el CTIC e identificar necesidades del servicio, confirmo haber sido informado que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido al CTIC a la dirección de correo electrónico tratamiento.datos@ctic.org o a través de correo ordinario remitido a la dirección: Calle 168 No. 14 – 42, Bogotá, atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la Política de Protección de datos al CTIC que se encuentra en la página Web de la entidad.