



MACROPROCESO: : INGRESO Y REGISTRO		FECHA: 29/03/2021
PROCESO: ADMISIONES		VERSIÓN: 01
INSTRUCTIVO: REQUISITOS PARA RECLAMAR LA HISTORIA CLÍNICA	IN-ADM-I-04	Página 1 de 5

Requisitos para reclamar la Historia Clínica

Si es paciente:

Debe presentar su documento de identificación original. No se aceptan fotocopias.

Nota: como recomendación, le sugerimos que, si ya es paciente en Medicáncer o si usted es nuevo paciente, el día de su atención, registre a una persona con su nombre completo y cédula, para que en un futuro y si usted lo requiere y no pueda hacerlo personalmente, le reclamen su historia clínica. Puede preguntar en el punto de atención.

Si está autorizado por el paciente para reclamarla:

Debe presentar:

- Formato o carta de autorización para reclamar la historia clínica. (Anexo 1)
- Documento de identificación de la persona autorizada.
- Documento de identificación del autorizado.

Si es Acudiente o Representante de un menor de edad:

Debes presentar:

- Formato o carta de solicitud de acudientes o representantes. (Anexo 2)
- Documento de identificación de la persona autorizada.
- Documento de identificación del menor de edad.
- Copia del Registro Civil donde conste el parentesco o la representación legal.

Si es familiar de un paciente fallecido:

Debes Anexar:

- Formato de carta de solicitud de la historia clínica del paciente fallecido. (Anexo 2)
- Documento de identificación del familiar solicitante.
- Copia del certificado de defunción.
- Copia del registro civil donde conste el parentesco como padre, madre, hijo(a) o compañero(a) permanente.

Si es familiar de un paciente en situación de discapacidad:

Para hacer entrega de historias clínicas de pacientes en estado de incapacidad y que sean mayores de edad (inconsciencia, con incapacidad mental o física) se deben presentar los siguientes documentos:

- Formato de carta de solicitud de la historia clínica del paciente en situación de discapacidad (Anexo 2)
- Fotocopia del certificado médico (reciente) que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- Acreditar la condición de parentesco presentando la siguiente documentación según sea el caso: Fotocopia legible del registro civil de nacimiento, fotocopia legible de la partida de matrimonio o declaración de unión marital de hecho con dos testigos (según el caso) con antigüedad no mayor a 6 meses o fotocopia legible de documento de apoderamiento, si se cuenta con este.



MACROPROCESO: : INGRESO Y REGISTRO		FECHA: 29/03/2021
PROCESO: ADMISIONES		VERSIÓN: 01
INSTRUCTIVO: REQUISITOS PARA RECLAMAR LA HISTORIA CLÍNICA	IN-ADM-I-04	Página 2 de 5

- Documento de identificación del paciente.
- Documento de identificación del solicitante.

¿Por qué medios se realiza la entrega de la solicitud de copias de historia clínica, informes de laboratorio o radiología?

Puede solicitar la copia de historia clínica personalmente en las instalaciones de Medicáncer (Cra 51 D N° 67-60 Medellín - Colombia), en algún módulo de atención del segundo piso, presentando toda la documentación requerida según los requisitos definidos para reclamar copia de la HC.

También puede hacer la solicitud de forma escrita, por correo certificado dirigido a la dirección Cra 51 D N° 67-60 Medellín - Colombia, o por correo electrónico a la dirección admisiones3@medicancer.org o admisiones4@medicancer.org. Tener en cuenta para esta solicitud anexar:

- Toda la documentación requerida según los requisitos definidos para reclamar copia de HC, validando que se encuentren debidamente diligenciados.
- Suministrar en el correo datos de contacto tales como teléfono fijo, número celular, u otro teléfono de contacto.

¿En cuánto tiempo y cómo recibirá su historia clínica?

- 1- Se entrega el mismo día, si usted fue atendido en Medicáncer desde marzo del año 2012 hasta la fecha, ya que desde ese mes tenemos historia clínica electrónica y es posible imprimirla.
- 2- Si usted fue atendido en Medicáncer antes del mes de marzo del año 2012, se la entregaremos en 48 horas, teniendo en cuenta que su búsqueda se realiza en archivo físico.
- 3- Si la solicitud se realizó por correo electrónico, la entrega se hará dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que la solicitud se radica en la Institución.

¿Cuál es el horario de atención y los datos de contacto para reclamar la historia clínica?

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Teléfonos: 4484411 Correo electrónico: admisiones3@medicancer.org – admisiones4@medicancer.org



MACROPROCESO: : INGRESO Y REGISTRO		FECHA: 29/03/2021
PROCESO: ADMISIONES		VERSIÓN: 01
INSTRUCTIVO: REQUISITOS PARA RECLAMAR LA HISTORIA CLÍNICA	IN-ADM-I-04	Página 3 de 5

DOCUMENTOS RELACIONADOS

TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	ACCESO	ALMACENAMIENTO
Formato	IN-ADM-F-03	Formato de autorización por el paciente	INTRANET	Archivo Admisiones
Formato	IN-ADM-F-04	Formato de solicitud de acudientes o representantes	INTRANET	Archivo Admisiones
Procedimiento	IN-ADM-P-04	Diligenciamiento, administración, custodia, conservación y confidencialidad de la historia clínica	INTRANET	Archivo Admisiones

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	JUSTIFICACIÓN	APROBADO POR
01	29/03/2021	Creado a partir de la adecuación de acuerdo con las practicas del área, la estandarización y los macro procesos.	Creación.	Dirección ejecutiva.

ELABORÓ:	REVISÓ	APROBÓ:
:Dr. Juan Gonzalo Álzate / Silvia Agudelo	Lina Vallejo	Jaime Londoño Echeverri
CARGO: Director médico / Comunicadora	CARGO: Coordinador Calidad	CARGO: Director Ejecutivo
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:



MACROPROCESO: : INGRESO Y REGISTRO		FECHA: 29/03/2021
PROCESO: ADMISIONES		VERSIÓN: 01
INSTRUCTIVO: REQUISITOS PARA RECLAMAR LA HISTORIA CLÍNICA	IN-ADM-I-04	Página 4 de 5

ANEXO 1

IN-ADM-F-03:FORMATO DE AUTORIZACIÓN POR EL PACIENTE

Medellín, _____ (día) de _____ (mes) del _____ (año)

Señores
Documentación y Registro
Medicáncer

Yo _____
Identificado con CC _____ CE _____ Pasaporte _____ Número _____,
expedida en _____, autorizo a _____
_____ identificado con
CC _____ CE _____ Pasaporte _____ Número _____, expedida en
_____, para reclamar copia de mi historia clínica.

Yo, _____, identificada(o) con documento
de identidad número _____ autorizo, además, de manera expresa
y voluntaria el tratamiento de los datos personales propios de los que sea titular o que estén
a mi cargo. Acepto que el tratamiento que se le dará a los datos que aporte voluntariamente
a Medicáncer, corresponderá con el descrito en el presente documento y en la Política de
Tratamiento de Datos de la misma. Así mismo, manifiesto ser titular o contar con
autorización apropiada para compartir la información referida.

Firma del

Firma del

Paciente _____

Autorizado _____

CC _____

CC _____

Dirección _____

Dirección _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____
Electrónico _____

Correo



MACROPROCESO: : INGRESO Y REGISTRO		FECHA: 29/03/2021
PROCESO: ADMISIONES		VERSIÓN: 01
INSTRUCTIVO: REQUISITOS PARA RECLAMAR LA HISTORIA CLÍNICA	IN-ADM-I-04	Página 5 de 5

ANEXO 2

IN-ADM-F-04: FORMATO DE SOLICITUD DE ACUDIENTES O REPRESENTANTES

Medellín, _____ (día) de _____ (mes) del _____ (año)

Señores
Documentación y Registro
Medicáncer

Yo _____
Identificado con CC _____ CE _____ Pasaporte _____ Número _____,
expedida en _____, en representación de
_____ identificado con
CC _____ CE _____ Pasaporte _____ T.I _____ Número _____, expedida en
_____, solicito entrega de su historia clínica por ser menor de edad _____
paciente en situación de discapacidad _____ o paciente fallecido_____.

Yo, _____, identificada(o) con documento
de identidad número _____ autorizo, además, de manera expresa
y voluntaria el tratamiento de los datos personales propios de los que sea titular o que estén
a mi cargo. Acepto que el tratamiento que se le dará a los datos que aporte voluntariamente
a Medicáncer, corresponderá con el descrito en el presente documento y en la Política de
Tratamiento de Datos de la misma. Así mismo, manifiesto ser titular o contar con
autorización apropiada para compartir la información referida

Firma del
Solicitante _____

CC _____

Dirección _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Firma del
Autorizado _____

CC _____

Dirección _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____