[Fecha]

Señores

Nombre de la entidad de salud responsable de la historia clínica

Dirección de la entidad

Ciudad, Departamento

Asunto: Solicitud de Historia Clínica según la Ley Colombiana

Estimados señores,

Yo, [Tu nombre completo], identificado(a) con [tu número de identificación], me dirijo a ustedes respetuosamente para presentar una solicitud de historia clínica, de conformidad con lo establecido en la Ley Colombiana y las normativas vigentes en materia de protección de datos personales y derecho a la salud.

Motivo de la solicitud:

Mediante la presente solicitud, solicito formalmente obtener una copia completa de mi historia clínica, incluyendo todos los registros, informes y documentación relacionada con mi atención médica y cualquier tratamiento al que haya sido sometido(a). Dicha información es de vital importancia para mi cuidado personal, la continuidad de mi atención médica y para la realización de trámites y gestiones relacionadas con mi salud.

Detalle de la solicitud:

A continuación, proporciono los detalles específicos relacionados con mi solicitud de historia clínica:

Información personal:

Nombre completo: [Escribe tu nombre completo tal como aparece en tus documentos de identidad].

Número de identificación: [Indica tu número de identificación].

Dirección de residencia: [Especifica tu dirección de residencia completa].

Número de contacto: [Proporciona un número de teléfono o correo electrónico para que puedan comunicarse contigo].

Detalles de la solicitud:

Especificar el período o la fecha aproximada de la atención médica de la cual deseas obtener la historia clínica.

Nombre del centro médico o entidad de salud en la que recibiste atención médica.

Fundamento legal:

Fundamenta tu solicitud en el derecho a la protección de datos personales y el derecho a la salud, establecidos en la Constitución Política de Colombia y en la Ley 1581 de 2012, así como en las demás normativas aplicables.

Adjunto a esta solicitud los siguientes documentos que respaldan mi solicitud de historia clínica:

Copia de mi cédula de ciudadanía o documento de identificación.

Cualquier otro documento que respalde mi identidad y relación con la entidad de salud.

Solicito encarecidamente que se tramite mi solicitud de historia clínica de acuerdo con la normativa vigente y se me entregue la información solicitada en un plazo razonable. De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1581 de 2012, se establece un plazo máximo de diez (10) días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

Agradezco de antemano su atención y pronta respuesta a mi solicitud. Quedo a disposición para proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

[Tu nombre completo]

[Tu número de identificación]

[Tu dirección de contacto]

[Tu número de teléfono]

[Tu correo electrónico]