

Complete con letra imprenta legible. Marque con una **X** donde corresponda.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|                                                                          |                          |               |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|
| <b>PRESTADOR RESPONSABLE DE LA FICHA</b> — centro de salud o profesional | <b>RUT DEL PRESTADOR</b> | <b>TIMBRE</b> |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|

|                                                                                                                                |  |  |  |                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                                           |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO                                                                                                               |  |  |  | APELLIDO MATERNO                                                                                                                                            |  |  |  | NOMBRES                                                                                   |  |  |  |
| RUT O PASAPORTE                                                                                                                |  |  |  | FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                         |  |  |  | TELÉFONO                                                                                  |  |  |  |
| <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div></div> |  |  |  | <div> <div></div><div></div> </div> <div>/</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>/</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> |  |  |  |                                                                                           |  |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO                                                                                                             |  |  |  |                                                                                                                                                             |  |  |  | ESTADO DEL TITULAR<br><input type="checkbox"/> Vigente <input type="checkbox"/> Fallecido |  |  |  |

**Marque solo una**

|                                                     |                                                                                |                                                                 |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> <b>Ficha clínica completa</b> | <input type="radio"/> <b>Ficha clínica parcial</b> · complete el recuadro gris | <input type="radio"/> <b>Otro documento</b> · especifique abajo |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

**PARCIAL · DESDE**  

/

/

**HASTA**  

/

/

**Profesional o especialidad** \_\_\_\_\_

☐ Evoluciones
 ☐ Diagnósticos
 ☐ Recetas
 ☐ Exámenes
 ☐ Interconsultas
 ☐ Certificados
 ☐ Constancias GES

☐ Consentimientos

**Otro documento — especifique** \_\_\_\_\_

**Marque solo una · Ley 20.584, art. 13**

|                                                                     |                                                    |                                             |                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Titular de la ficha <b>a</b>                  | <input type="radio"/> Representante legal <b>a</b> | <input type="radio"/> Heredero <b>a</b>     | <input type="radio"/> Tercero autorizado <b>b</b>                                                                                                         |
| <input type="radio"/> Tribunal de justicia <b>c</b>                 | <input type="radio"/> Fiscal o abogado <b>d</b>    | <input type="radio"/> ISP o MINSAL <b>e</b> | <input type="radio"/> Superintendencia de Salud o SUSESO <b>f-h</b>                                                                                       |
| NOMBRE COMPLETO O INSTITUCIÓN DEL SOLICITANTE — si no es el titular |                                                    |                                             | RUT<br><div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> - <div></div> |
| TELÉFONO                                                            | CORREO ELECTRÓNICO                                 |                                             | RELACIÓN CON EL TITULAR                                                                                                                                   |

**Opcional si solicita el titular**

---

---

---

|                                                                                                                                                                                                      |              |                                                         |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|-------|
| <b>SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                   |              | <b>AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN MÉDICA O DIRECTOR TÉCNICO</b> |       |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                |              | <hr/>                                                   |       |
| Firma                                                                                                                                                                                                | Nombre y RUT | Nombre, RUT, firma y timbre                             | Fecha |
| Declaro que los datos consignados son verdaderos, que actúo en la calidad indicada y que usaré la información recibida solo para el fin que motivó esta solicitud, resguardando su confidencialidad. |              |                                                         |       |

| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><b>6 Documentos que acompaña</b></span> <span>Marque los que adjunta según su calidad</span> </div>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Titular <span style="color: red;">a</span></b><br><input type="checkbox"/> Cédula de identidad vigente del titular                                                                                                                                                            | <b>Representante legal <span style="color: red;">a</span></b><br><input type="checkbox"/> Cédula de identidad vigente del representante<br><input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento del menor, o resolución de tutela o curaduría                                                |
| <b>Heredero <span style="color: red;">a</span></b><br><input type="checkbox"/> Cédula de identidad vigente del heredero<br><input type="checkbox"/> Certificado de defunción del titular<br><input type="checkbox"/> Posesión efectiva, o certificado de nacimiento o matrimonio | <b>Tercero autorizado <span style="color: red;">b</span></b><br><input type="checkbox"/> Cédula de identidad vigente del tercero<br><input type="checkbox"/> Poder simple ante notario, o firmado electrónicamente<br><input type="checkbox"/> Copia de la cédula de identidad del titular |
| <b>Tribunal de justicia <span style="color: red;">c</span></b><br><input type="checkbox"/> Oficio del tribunal con el rol de la causa                                                                                                                                            | <b>Fiscal o abogado <span style="color: red;">d</span></b><br><input type="checkbox"/> Resolución del juez que autoriza el acceso<br><input type="checkbox"/> Credencial del fiscal o del abogado                                                                                          |
| <b>Instituciones <span style="color: red;">e-f-h</span></b><br><input type="checkbox"/> Oficio o requerimiento formal de la institución, con individualización del proceso                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><b>7 Formato y medio de entrega</b></span> <span>Marque una opción en cada recuadro</span> </div> |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FORMATO</b><br><input type="radio"/> PDF <input type="radio"/> Formato estructurado portable<br><input type="radio"/> Copia impresa                               | <b>MEDIO</b><br><input type="radio"/> Descarga segura en Drapp <input type="radio"/> Correo electrónico<br><input type="radio"/> Retiro presencial |

| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><b>8 Uso exclusivo del prestador</b></span> <span>No completar por el solicitante</span> </div>                |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RECIBIDO POR                                                                                                                                                                      | FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN                                                                                                                   | PLAZO DE RESPUESTA<br>Hasta el ____ / ____ / _____                                                                                                                        |
| <b>IDENTIDAD Y CALIDAD VERIFICADAS CON</b><br><input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Poder <input type="checkbox"/> Oficio <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <b>RESOLUCIÓN</b><br><input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Aprobada parcialmente<br><input type="checkbox"/> Rechazada |                                                                                                                                                                           |
| <b>Observaciones o motivo de rechazo</b><br><hr/>                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                           |
| FECHA DE ENTREGA                                                                                                                                                                  | MEDIO DE ENTREGA                                                                                                                            | ENTREGADO POR                                                                                                                                                             |
| <b>RECEPCIÓN CONFORME</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Firma de quien retira</div> <div>Nombre y RUT</div> </div>                         |                                                                                                                                             | <b>CONSTANCIA DE ENVÍO ELECTRÓNICO</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Correo de destino y fecha</div> <div>Responsable</div> </div> |

**| Importante — quiénes pueden solicitar la ficha clínica**

La ficha clínica es reservada. Según el artículo 13 de la Ley N°20.584, su información, total o parcial, se entrega a solicitud expresa de:

**a)** El titular, su representante legal o, si el titular falleció, sus herederos.

**c)** Los tribunales de justicia, en causas relacionadas con la información de la ficha.

**e)** El Instituto de Salud Pública y el Ministerio de Salud, en el ejercicio de sus facultades.

**g)** Los profesionales que participan directamente en la atención del paciente.

**b)** Un tercero autorizado por el titular mediante poder simple ante notario o firmado electrónicamente.

**d)** Los fiscales del Ministerio Público y los abogados, previa autorización del juez competente.

**f)** La Superintendencia de Salud, para sus facultades fiscalizadoras y sancionatorias.

**h)** La Superintendencia de Seguridad Social, en la investigación respectiva.

- Las personas de las letras a) y b) tienen derecho a una **copia íntegra**, sin dilaciones indebidas, en un formato estructurado y legible que pueda trasladarse a otro sistema.
- El prestador entregará la información en un plazo máximo de **10 días hábiles**, de lunes a viernes, desde la recepción de esta solicitud completa.
- La información se entrega solo a quien la solicita y está facultado por ley. Se verificará su identidad y los documentos de la sección 6.
- Quien accede a la ficha debe resguardar su reserva y usarla solo para el fin declarado. El uso ilegítimo es de su exclusiva responsabilidad.
- El prestador conserva la ficha clínica por al menos **quince años**.

Fuente: Ley N°20.584, artículo 13, texto vigente — [bcn.cl/leychile](http://bcn.cl/leychile) · Superintendencia de Salud, derechos respecto de la ficha clínica — [superdesalud.gob.cl](http://superdesalud.gob.cl)