

	<b>AUTORIZACION A TERCEROS PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA</b>			Fecha de Creación: 05/09/2016
	<b>PROCESO: TODOS LOS PROCESOS MISIONALES</b>			Fecha Actualización: 18/08/2021 Versión: 004
FECHA DE REGISTRO		UNIDAD DE SERVICIO AL QUE PERTENECE EL PACIENTE		SEDE:
YO _____ de _____ voluntariamente y en uso de mis facultades, autorizo que mi Historia Clinica o parte de ella sea entregada o reclamada por:				
(NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS)				
identificado(a) con la cédula de ciudadanía N _____ de _____ para que en mi nombre y representación reclama copia de mi Historia Clinica o parte de ella.				
<b>FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA</b>				
Nombres y Apellidos: _____				
No. de documento de identificación: _____				
Dirección: _____ Teléfono: _____				
<b>ESPECIFIQUE QUE PARTE NECESITA DE LA HISTORIA</b>				
<b>ESTA SOLICITUD SERA UTILIZADA PARA:</b>				
Autoriza el envío de la historia clínica en medios digitales según la <b>LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012</b> de protección de datos personales.				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Indique el número de WhatsApp o el correo electrónico: _____				
<b>REQUISITOS PARA ENTREGA DE LA HISTORIA CLINICA:</b>				
1. Copia del documento de identificación del paciente. 2. Copia del documento de identificación del autorizado.				
<i>Resolución 1995 de 1999, artículo 14, parrafo: " El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal"</i>				
Nombre de la persona responsable de la entrega: _____				
Cargo del funcionario: _____				
No. De documento de identidad: _____				
Firma de la persona responsable de la entrega: _____				