

AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA TERCEROS



El diligenciamiento de este formato es voluntario y se efectúa para facilitar trámites posteriores en caso de que requiera copia de su historia clínica y no pueda hacerlo personalmente.

Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite asesoría al funcionario(a) que se lo entregó.

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Yo, _____,
con identificación número _____, de _____, y en uso de mis facultades, y
de manera voluntaria, autorizo a _____ para solicitar copia de:
Historia clínica Exámenes de laboratorio

PERSONA AUTORIZADA:

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____ de: _____

Acepto que para obtener copia de mi historia clínica la persona autorizada debe presentar copia de mi documento de identificación y su documento de identidad.

FIRMA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA

(Como aparece en la identificación)

NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Resolución 1995 de 1999 (Art. 1)

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.