

AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA MENOR DE EDAD



El diligenciamiento de este formato es voluntario y se efectúa para facilitar trámites posteriores en caso de que requiera copia de la historia clínica del menor de edad y usted como acudiente legal 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 _____, en calidad de padre, madre o
acudiente legal del menor _____, con documento número _____, voluntariamente y
en pleno uso de mis facultades autorizo a _____ para
solicitar copia de: Historia clínica Exámenes de laboratorio

PERSONA AUTORIZADA:

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____ de: _____

Acepto que para obtener copia de la historia clínica del menor, la persona autorizada debe presentar:

- Copia del registro civil de nacimiento del menor, o documentación que lo acredite como representante.
- Copia del documento de identidad del representante legal.
- Cédula de ciudadanía de la persona autorizada.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O ACUDIENTE

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.