

	AUTORIZACION PARA RECLAMAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA MENOR DE EDAD O DISCAPACITADO	CÓDIGO R-AU-021
		VERSIÓN 001

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado (a) y residenciado (a) en _____, identificado (a) con tipo de documento: C.C. ___ C.E. ___ Pasaporte ___ No. _____, actuando como representante legal del menor y/o discapacitado: _____, identificado con Cedula, Registro o Tarjeta de identidad Numero _____ solicito copia de historia clínica, documento que se requiere para el siguiente motivo o propósito:

 _____.

Conozco las restricciones a que tiene lugar el uso de la historia clínica según el artículo 1 y 13 de la Resolución 1995 de 1999.

Si Usted es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad y/o discapacitado debe presentar:

- Copia del documento de identificación. No se aceptan contraseñas.
- Copia del documento de identificación del menor y/o discapacitado. No se aceptan contraseñas.
- Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).
- Formato de autorización para reclamar historia clínica correctamente diligenciado por el representante legal del menor y/o discapacitado.

Acepto que para obtener copia de la historia clínica de la persona mencionada debo presentar los requisitos solicitados por la Institución, con la cual garantiza esta entidad la seguridad de la información.

Firma del Representante del menor y/o Discapacitado: _____
 Cédula: _____ Dirección: _____
 Teléfono: _____ Email: _____

HUELLA

Este procedimiento se realiza basado en la Resolución 1995 de 1999 artículo 1 y 13; Ley 019 2012 art 110; Ley 23 de 1981 art 34-36; Ley 2015 de 2020.