

	AUTORIZACION PARA RECLAMAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR TERCEROS	CÓDIGO R-AU-018
		VERSIÓN 002

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

SI USTED AUTORIZA A UN TERCERO PARA SOLICITAR LA HISTORIA CLINICA DILIGENCIEN ESTE FORMATO

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado (a) y residenciado (a) en _____, identificado (a) con tipo de documento: C.C ____ C.E ____ Pasaporte ____ No. _____, voluntariamente en pleno uso de mis facultades y conociendo las restricciones a que tiene lugar el uso de la historia clínica según el artículo 1 y 13 de la Resolución 1995 de 1999, autorizo a la siguiente persona que se detallará a continuación, para solicitar copia de mi historia clínica, documento que se requiere para el siguiente motivo o propósito

PERSONA AUTORIZADA:

Nombre y Apellidos: _____

Cédula: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Parentesco _____

Si Usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente debe presentar:

- Copia del documento de identificación. No se aceptan contraseñas.
- Copia del documento de identificación del paciente. No se aceptan contraseñas.
- Formato de autorización para reclamar historia clínica correctamente diligenciado por el paciente y tercero autorizado.

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.

 VALLESALUD	AUTORIZACION PARA RECLAMAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR TERCEROS	CÓDIGO R-AU-018
		VERSIÓN 002

Firma del Paciente: _____

Cédula: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

HUELLA

Firma del Tercero autorizado: _____

Cédula: _____

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.