

	AUTORIZACION PARA RECLAMAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR EL PACIENTE	CÓDIGO R-AU-017
		VERSIÓN 002

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

SI SU SOLICITUD ES PERSONAL DILIGENCIE ESTE FORMATO

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado (a) y residiendo (a) en _____, identificado (a) con tipo de documento: C.C ____ C.E____ Pasaporte ____ No. _____, obrando en mi propio nombre, solicito copia de mi 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 paciente debe presentar:

- Copia del documento de identificación. No se aceptan contraseñas.
- Formato de autorización para reclamar historia clínica correctamente diligenciado.

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 Paciente: _____
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.