

	AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	CODIGO: GIE-FO-006
		VERSION: 03
		VIGENCIA: 10/05/2017
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA		

Fecha de la solicitud: DD / MM / AAAA

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía numero _____. Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s) siguientes(s) personas para solicitar copia de:

- Historia clínica ☐
- Imágenes diagnósticas ☐
- Exámenes de laboratorio ☐

Personas autorizadas:

Nombres y apellidos: _____ Cédula: _____

Nombres y apellidos: _____ Cédula: _____

Acepto que para obtener copia de mi historia clínica la(s) persona(s) mencionadas deben presentar copia de mi documento de identidad y su correspondiente cedula de ciudadanía con la cual se verificara que sea la persona autorizada, en desarrollo del Artículo 34 de la ley 23 de 1981 y Art.1 de la Resolución 1995 de 1999, expedidas por el Ministerio de Salud.

Firma del titular de la Historia*¹

*¹ Cuando el usuario tiene una discapacidad física o está en situación de discapacidad que le impida facilitar los datos para el diligenciamiento de esta solicitud, deberá ser el acudiente responsable quien facilite la información solicitada