

	AUTORIZACIÓN A TERCEROS DE ACCESO A COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE UN MENOR DE EDAD	CODIGO: GIE-FO-009
		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 número _____, en calidad de ¹ _____ del menor _____, con documento de identidad número _____. Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s), siguiente(s) persona(s) para solicitar copia de la historia clínica del menor.

Registros solicitados:

☐ Historia clínica ☐ Imágenes diagnósticas ☐ Exámenes de laboratorio

Personas autorizadas:

Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____

Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____

Acepto que para obtener copia de la historia clínica la(s) persona(s) mencionadas deben presentar copia del registro civil de nacimiento del menor que me acrediten como representante legal, copia de mi documento de identidad, y su correspondiente cédula 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 de quien solicita la historia clínica

¹ Madre, padre o representante legal del menor