

	GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Código	GD-FO-05
		Versión	01
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	Fecha E.	12/09/2023
		Página No.	1 de 1

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/_____

SEÑORES

E.S.E HOSPITAL SAN CAMILO DE LELIS

Por medio de la presente, Yo _____ identificado (a) Con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ por motivo de _____, voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la siguiente persona para solicitar copia de mi historia clínica y asumo toda responsabilidad del uso de la información consignada.

PERSONA AUTORIZADA:

Nombres y Apellidos: _____
Documento No. _____ expedido en: _____

Solicito copia de Historia Clínica:

Completa	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Fecha de la atención requerida	____/____/____
----------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------------------------	----------------

Solicito la entrega de copia de Historia Clínica en medio:

Físico	<input type="checkbox"/>	Digital	<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------------	--------------------------

Acepto que para obtener copia de la historia clínica se debe presentar copia del documento de identidad del titular y documento de identidad original de la persona autorizada.

Firma del Solicitante: _____ No. CC. _____

El diligenciamiento de este formato es voluntario, se solicita para facilitarle trámites de solicitud de copia de historia clínica.

"Una visión de vida"

ELABORÓ:	Gestión Documental	REVISÓ	Asesora Externa de Control Interno	APROBÓ	Gerente
----------	--------------------	--------	------------------------------------	--------	---------