



AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLINICA

Código: AS-F-HC-002	
Versión: 01	Pág. 1 de 1
Fecha emisión: 11/09/2018	
Última revisión: 11/09/2018	

El diligenciamiento de este formato es voluntario, se solicita para facilitarle el trámite de copia de historia clínica y/o informe cuando el usuario no pueda hacerlo personalmente.

Santiago de Cali, ____ de ____ de 20____.

Yo, _____ CC CE PA PE No. _____ de _____

Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo a la siguiente persona a solicitar copia de mi Historia Clínica. Esto con el fin de _____

Manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por la Fundación Centro Terapéutico Impronta IPS, no la haré pública, se manejará con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva del mismo. Exonero a la Fundación Centro Terapéutico Impronta IPS de toda responsabilidad por el manejo que se le dé a la información suministrada.

PERSONA AUTORIZADA A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Parentesco _____

Documento de identificación: CC CE PA PE Número: _____ de _____

Diligencie las siguientes casillas si la Historia Clínica pertenece a un usuario/paciente menor de edad

Nombre completo del usuario/paciente menor de edad: _____

Documento de identificación del menor RC TI Número: _____ de _____

Diligencie las siguientes casillas si el usuario/paciente padece algún tipo de discapacidad

Mental Física Otra, ¿Cuál? _____

Yo, Autorizo a la Fundación Centro Terapéutico Impronta IPS a enviar Historia Clínica por correo electrónico SI NO Correo electrónico: _____

_____. Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y garantizo la custodia del documento enviado por este medio.

FIRMA DE QUIÉN AUTORIZA:

FIRMA SOLICITANTE:
Nombre del Solicitante: _____
No. Identificación: _____

REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR AL MOMENTO DE RECLAMAR
<ul style="list-style-type: none"> ● Documento de identificación de tercero autorizado (Aplica para usuario menor y mayor de edad) ● Copia del documento de identificación del usuario/paciente (Aplica para usuario menor y mayor de edad) ● Copia del documento de identificación de los padres o representante legal del menor (Aplica para usuario menor de edad) ** Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (Aplica para usuario menor de edad)

Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) : La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley* Sentencia T-158 A de 2008 : Corte Constitucional: Para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico, la historia clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos por la ley.

Antes de usar este documento, asegúrese de que sea la versión vigente. Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización escrita al Coordinador(a) de Calidad.