



**MANUAL DE PROCEDIMIENTO
MEDICAL AT HOME – SOPORTE MEDICO EN CASA S.A.S
AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA TERCEROS**

CÓDIGO: F-GDC-008-02

VERSIÓN: 1

VIGENTE DESDE:
Octubre 15 de 2012

Página 1 de 1

El diligenciamiento de este formato es voluntario, se solicita para facilitarle trámites posteriores en caso que requiera copia de su historia clínica y no pueda hacerlo personalmente.

Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a la persona que se lo entregó.

FECHA DE SOLICITUD:

Yo _____,
identificado con número cédula _____, de _____,
Voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s) siguiente(s)
personas(s) para solicitar copia de:

Historia clínica Epicrisis Exámenes de Laboratorio

Certificados de Hospitalización

PERSONAS AUTORIZADAS:

Nombre y Apellidos: _____ **Cédula:** _____

Nombre 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 verificará que sea la persona autorizada.

FIRMA DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA:

“Normas para el Manejo de Historias Clínicas“

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”