



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

CÓDIGO: F-GDC-008-03

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 de requerir copia de historia clínica y usted como acudiente legal del menor de edad no pueda hacerlo personalmente.

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

FECHA DE SOLICITUD:

DD

MM

AAAA

Yo _____, identificado con número de cédula _____, de _____, en calidad de madre (), padre () o acudiente legal () del menor _____, con número identificación _____, 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

Certificado de Hospitalización.

PERSONAS AUTORIZADAS:

Nombre y Apellidos:

_____ Cédula: _____

Nombre y Apellidos:

_____ Cédula: _____

Acepto que para obtener copia de historia clínica del paciente en mención, la(s) persona(s) mencionadas deben presentar:

- Copia de _____ (registro civil de nacimiento o documentación que lo acredite como representante legal)
- Copia del documento de identidad del representante legal
- Cedula de ciudadanía de la persona autorizada.

FIRMA DEL REPRESENTANTE Y/O ACUDIENTE LEGAL:

“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”