

CODIGO

SIS-02-F02

REVISIÓN No.

01

**AUTORIZACION PARA RECLAMAR
COPIA DE HISTORIA CLÍNICA
POR EL USUARIO**

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

EXCEPCIÓN 1. SI SU SOLICITUD ES PERSONAL DILIGENCIE ESTE FORMATO.

Yo _____ Identificado con

Cedula de ciudadanía No. _____ de _____

Conociendo las restricciones a que tiene lugar el uso de la historia clínica según el artículo 1 y 13 de la Resolución 1995 de 1999:

Solicito copia de mi historia clínica ____ copia de resultado ayudas diagnósticas ____ copia exámenes de Laboratorio ____

Firma del usuario _____

Si Usted es el paciente debe presentar:

Su documento de identificación original. No se aceptan fotocopias.

Acepto que para obtener copia de la historia clínica de la persona mencionada debo presentar los requisitos solicitados por la Institución HOSPITAL DEL SARARE ESE, con la cual garantiza la Institución la seguridad de la información.

**El diligenciamiento de este formato es voluntario, se solicita para facilitarle trámites posteriores en caso de requerir copia de historia
Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a la persona que se lo entrego.**

AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA TERCEROS.

Este procedimiento se realiza basado en la resolución 1995 de 1999 artículo 1 y 13. Ley 019 2012 art 110; ley 23 de 1981 art 34-36; ley 528 1999 Art 44-45; Ley 911 de 2004 Art 35-38; Ley 1438 2011 Art 7416. Sentencia T-408/14