

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

EXCEPCIÓN 2. SI USTED ES REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIAR QUE SOLICITA LA HISTORIA CLINICA DILIGENCIE ESTE FORMATO.

Yo _____, con cédula número _____,
de _____, Voluntariamente en pleno uso de mis facultades, y 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, autorizo a la siguiente persona para solicitar copia de Historia clínica copia de resultados de Imágenes Diagnósticas copia de Exámenes de Laboratorio

PERSONA AUTORIZADA:

Nombre y Apellidos: _____

Cédula: _____ Lugar de Residencia _____

Teléfono: _____ Parentesco _____

Motivo por el cual se solicita la copia de Historia
Clínica _____

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

FIRMA DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA:**Si Usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente debe presentar:**

Su documento de identificación original.

Copia del documento de identificación del paciente

Una carta de autorización escrita, firmada y autenticada por el paciente y por Usted como persona autorizada.

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.