

CÓDIGO:	FOR-ADM-024
FECHA DE APROBACIÓN:	21/11/2017
VERSIÓN:	2
PAGINA:	Página 1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACION DE ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA

Bogotá D.C., ____ de _____, de 20_____

Señores:

CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS

La Ciudad

Yo, _____ identificado con C.C. __ C.E __ Otros __ Cual (_____) Numero _____, expedida en _____, Autorizo a _____ identificado con C.C. __ C.E __ Otros __ Cual (_____) Numero _____, expedida en _____ a solicitar y reclamar copia de mi historia clínica Completa: ___ Parcial de la siguiente especialidad: _____ con el fin de _____.

Me comprometo a utilizar la información solicitada solo para satisfacer las razones en mención, manteniendo su confidencialidad y reserva. Y manifiesto que me hago responsable que la información suministrada por Juan Pablo II IPS no la haga pública, se manejea con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva del mismo. Exono a Juan Pablo II IPS de toda responsabilidad por el manejo que se le dé a la información suministrada. Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal".

Acepto que para obtener copia de mi historia clínica, debo presentar y adjuntar:

Fotocopia del documento de identidad del paciente.

Fotocopia del documento de identidad de la persona autorizada

Formato de Carta de autorización de entrega de Historia clínica debidamente diligenciada.

Firma de quien solicita: _____

Firma del Autorizado: _____

Documento: _____

Documento: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

**Certifico que es una cuenta de correo electrónico propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica.

Vo.Bo. Gerente o Representante Legal: _____

Recibo de conformidad:

Nombre: _____ Documento: _____

Fecha: DD ____ MM ____ AA ____ No. de Folios: _____