

	FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA	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 hare pública, se maneja con prudencia, garantizando mantener el derecho a la intimidad y reserva del mismo. Exonero 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.Ba. Gerente o Representante Legal: _____

Recibo de conformidad:

Nombre: _____ Documento: _____

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