

	ATENCIÓN TERAPÉUTICA EXTRA E INTRAMURAL	CÓDIGO EI-FO-29
	FORMATO PARA AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA MENOR DE EDAD	VERSIÓN
		PÁGINA 1

Este formato es una sugerencia, y se hace para facilitar el trámite.
Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a Fisioexpress Ltda tel 2583648.

FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

Yo _____, con cédula número _____, de _____, en calidad de madre, padre o acudiente legal del menor _____, con documento número _____, Voluntariamente, en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s) siguiente(s) personas(s) para solicitar copia de: Historia clínica o informe Final de tratamiento.

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 “
1 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”

Departamento de Calidad. Fuente Hospital pablo Tobón Uribe