



**AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE HISTORIA CLINICA O RESULTADOS DE EXAMENES A TERCEROS**

CÓD: FT-GSCE-001

Version: 003

Fecha de aprobación:  
01/12/2023

FECHA:

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:**

Yo \_\_\_\_\_, con documento de identidad \_\_\_\_\_  CC  CE  PA  
Número: \_\_\_\_\_, De: \_\_\_\_\_ Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo al tercero en este formato a solicitar copia de mi historia clínica ó resultado de exámenes de la (s) siguientes fecha (s) de atención (es) \_\_\_\_\_.

**(Ilene las siguientes casillas si la historia clínica o resultados de exámenes pertenecen a paciente menor de edad)**

Autorizo a reclamar Historia Clínica de (Nombre completo del menor) \_\_\_\_\_  
No de identificación del menor: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_  
 RC  TI

**TERCERO AUTORIZADO A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA-RESULTADOS DE EXAMENES:**

Nombre(s) y apellido(s) \_\_\_\_\_

Documento de Identidad:  CC  CE  PA Número: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

Autoriza a CLINIMAGENES S.A.S a enviar la historia Clínica o resultado de exámenes a su correo electrónico:

SI

NO

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ No Telefónico: \_\_\_\_\_

Autoriza a CLINIMAGENES SAS a enviar la historia Clínica o resultados a su Medico tratante:

SI

NO

Nombre del medico: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ No Telefónico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZA FIRMA DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL**

HUELLA

No. de Identidad: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR AL MOMENTO DE RECLAMAR**

1. Cedula original de tercero autorizado. (Aplica para paciente menor y mayor de edad).
2. Copia del documento de identidad del paciente. (aplica para paciente menor y mayor).
3. Copia del documento de identidad de los padres o representante legal del menor. (Aplica para paciente menor de edad).

**Entrega de historia clínica:** Horario de atención entrega de historia clínica de Lunes a Viernes 8:00a.m. a 12M y de 2:00 p.m a 5:00 p.m., sábado de 8:00 a.m. a 12:M - Dirección: SEDE TULUA - Calle 25 # 34-37 barrio alvernia SEDE CALI - Cl. 5b 2 #38-61 B/ San fernando

**Correo electrónico:** estadistica.clinimagenes@gmail.com

"Normas para el manejo de la Historia Clínica" Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1): La historia clínica es un documento privado obligatorio y sometido a reserva. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

Ley 1581 de 2012: Ley de Protección de datos personales.