

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
Numero: _____, De: _____ Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo al tercero en este formato a solicitar copia de mi historia clinica ó resultado de exámenes de la (s) siguientes fecha (s) de atención (es) _____.

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

Autorizo a reclamar Historia Clinica de (Nombre completo del menor) _____
No de identificación del menor: ☐ RC ☐ TI Numero: _____ De: _____

TERCERO AUTORIZADO A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA-RESULTADOS DE EXAMANES:

Nombre(s) y apellido(s) _____

Documento de Identidad: ☐ CC ☐ CE ☐ PA Numero: _____ De: _____

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

☐ SI

☐ NO

Correo Electronico: _____

No Telefonico: _____

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

☐ SI

☐ NO

Nombre del medico: _____

Correo Electronico: _____

No Telefonico: _____

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 - Direccion: 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.