



**AUTORIZACION A TERCEROS PARA SOLICITUD DE COPIA
DE HISTORIA CLINICA
MENOR DE EDAD**

Versión 1
01-Oct-2014

Importante

El diligenciamiento de este formato es **voluntario**, el cual se pone a su disposición para facilitar el trámite, como acudiente legal del menor de edad, en caso de no solicitarla personalmente.

Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a uno de nuestros funcionarios de atención al cliente.

Fecha: _____

Yo _____,

Con documento número _____, de _____, en calidad de madre, de padre o acudiente legal del menor _____ con documento de identificación _____, voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) para solicitar copia de mi historia clínica :

PERSONAS AUTORIZADAS

Nombres y Apellidos: _____ Documento No. _____

Nombres y Apellidos: _____ Documento No. _____

Acepto que para obtener copia de historia clínica, la(s) persona(s) deben presentar:

1. Copia del documento de identidad del menor
2. Documento de identidad original de la persona autorizada.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O ACUDIENTE:

Documento:

“Norma para el Manejo de Historias Clínicas” 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.