

	Nombre		FT- AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA			
	Proceso al que pertenece		Gestión de la atención en salud	Código	GAS- AC-000	
	Versión	000	Fecha de revisión	NOVIEMBRE 2021	Numeración	Página 1 de 1

**Importante:**

El diligenciamiento de este formato es voluntario, el cual se pone a su disposición para facilitar el trámite en caso de no solicitarla personalmente.

Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a uno de nuestros funcionarios de archivo clínico.

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Con documento número \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, 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 titular de la historia clínica.
2. Documento de identidad original, con el cual se verifica que sea la persona autorizada.

FIRMA DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

Documento No: \_\_\_\_\_

---

“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”.