

	AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	Código: FO-GIN-001
		Versión: 01
		Vigencia: 03/12/2024
Gestión de la información		

Fecha de la solicitud: **DD** / **MM** / **AAAA**

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía numero _____ . Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s) siguientes(s) personas para solicitar copia de:

- Historia clínica
- Imágenes diagnósticas
- Exámenes de laboratorio

Personas autorizadas:

Nombres y apellidos: _____ Cédula: _____

Nombres y apellidos: _____ Cédula: _____

Acepto que para obtener copia de mi historia clínica la(s) persona(s) mencionadas deben presentar copia de mi documento de identidad y su correspondiente cedula de ciudadanía con la cual se verificara que sea la persona autorizada, en desarrollo del Artículo 34 de la ley 23 de 1981 y Art.1 de la Resolución 1995 de 1999, expedidas por el Ministerio de Salud.

Firma del titular de la Historia*1

*1 Cuando el usuario tiene una discapacidad física o está en situación de discapacidad que le impida facilitar los datos para el diligenciamiento de esta solicitud, deberá ser el acudiente responsable quien facilite la información solicitada