

	<b>AUTORIZACIÓN A TERCEROS DE ACCESO A COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE UN MENOR DE EDAD</b>	Código: FO-GIN-004
		Versión: 01
		Vigencia: 03/12/2024
<b>Gestión de la información</b>		

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

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, en calidad de<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ del menor \_\_\_\_\_, con documento de identidad número \_\_\_\_\_, voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s), siguiente(s) persona(s) para solicitar copia de la historia clínica del menor.

**Registros solicitados:**

Historia clínica           
 Imágenes diagnosticas           
 Otras ayudas diagnósticas

**Personas autorizadas:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Acepto que para obtener copia de la historia clínica la(s) persona(s) mencionadas deben presentar copia del registro civil de nacimiento del menor que me acrediten como representante legal, 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 de quien solicita la historia clínica**

<sup>1</sup> Madre, padre o representante legal del menor