

 <p>CLÍNICA LUIS ALEJANDRO HERNÁNDEZ QUIRÚJIA MAXILOFACIAL - IMPLANTES - ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA</p>	Versión: 01	AUTORIZACIÓN ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA
	Fecha: 20/05/2024	CLINICA LUIS ALEJANDRO HERNANDEZ SAS

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.

En razón de lo anterior,

Yo _____ con cédula número _____
de _____ en mi calidad de paciente o en representación legal del paciente
_____ identificado con Tipo de
documento _____ N° _____ parentesco _____, voluntariamente en pleno
uso de mis facultades, solicito copia de la historia clínica de la atención recibida el día _____ del
mes de _____ del año _____, en el centro médico
_____ por el profesional y/o especialidad _____ con
motivo _____

Solicito sea enviada al siguiente correo electrónico
_____.

Acepto que para obtener copia de la historia debo adjuntar:

1. Formato de Autorización de entrega de copia de historia clínica de manera no presencial, debidamente diligenciado.
2. Fotocopia de documento de identidad del paciente.
3. Fotocopia del documento de identidad del representante legal en caso de que lo amerite.

Firma paciente

Tipo y numero de documento de identidad

Firma representante legal o familiar

Parentesco

Fecha de solicitud
