

	FORMATO	Código: FT-02-011-GDO
	CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	Versión: 04
		Vigencia: Abril de 2022

Ciudad / Municipio _____ Día ___ Mes ___ Año _____

Señores:

Promedan S.A

Archivo Clínico de la sede:

Correo: gestióndocumental@promedan.net

Teléfono: 3221125 ext. 12099 - 12100

Cordial saludo.

Teniendo en cuenta que, la historia clínica es un documento consagrado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, y de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1995 en su artículo 14, “Es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente, o en los casos previstos por la Ley:

- El usuario
- El equipo de salud
- Las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley.
- Las demás personas determinadas en la Ley.

Yo _____, identificado con: C.C_ C. E_ PASAPORTE _Numero _____ expedida en _____.

Autorizo (a) _____ identificado con: C.C_ C. E_ PASAPORTE_ Numero _____ expedida en _____.

Para reclamar copia de mi Historia Clínica. Fecha de atención: Día_ Mes_ Año_

Observación:

Firma

Paciente: _____
 No. de Documento: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Correo Electrónico: _____

Firma

Persona autorizada: _____
 No. de Documento: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Correo Electrónico: _____

Debe anexar: Copia del documento de identificación del paciente y de la persona autorizada.