

Puerto Colombia, _____

Señores:

Clínica Portoazul.

Referencia: Solicitud de Historia Clínica

Yo _____, con
cédula número _____, de _____, voluntariamente
en pleno uso de mis facultades, autorizo a la siguiente persona para solicitar copia
de:

Historia clínica

PERSONA AUTORIZADA:

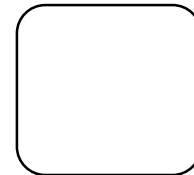
Nombre y Apellidos:

Cédula: _____ Parentesco: _____

Acepto que para obtener copia de mi historia clínica la persona mencionada deben
presentar copia de mi documento de identidad y su correspondiente cédula de
ciudadanía, con la cual se verificará que sea la persona autorizada.

FIRMA DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA:

HUELLA DEL TITULAR:



*“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”