

Puerto Asís Putumayo, DD / MM / AAAA

Señores:
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO.
Carrera 48 # 10-29
Puerto Asís - Putumayo

Cordial saludo,

Por medio del presente, Yo _____ identificado(a) con C.C. ___ C.E. ___ Pasaporte ___ número _____, expedida en _____, en pleno uso de mis facultades mentales AUTORIZO al Hospital de Alta Complejidad del Putumayo a expedir copia de mi historia clínica o la del menor de edad a mi cargo con nombre _____ identificado con R.C. ___ T.I. ___ Otro ___ No. _____, enviar al correo: _____.

Copia: Completa ___ Parcial ___ **Fecha de atención requerida:** dd / mm / aaaa

Anexos: Orden Médica ___ Formula Médica ___ Constancia y/o certificación ___ Otro ___ ¿Cuál? _____

Esta historia Clínica es solicitada con el fin de: _____

EN CASO DE AUTORIZACION A TERCEROS

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
_____	_____

NOTA: Favor anexar Copia del documento de identificación del usuario y en caso de autorización a tercero copia del documento de identidad de este. Si el usuario es menor de edad, Copia del documento del solicitante, copia del documento del menor de edad y copia registro civil o la representación legal.

Firma del solicitante.: _____
C.C. No. _____
Celular No.: _____
Dirección: _____
Correo Electrónico: _____



Firma del Autorizado: _____
C.C. No. _____
Celular No.: _____
Dirección: _____



Normas 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". (Art.14), Parágrafo: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal"

¡Tu salud, nuestro compromiso...!

Dirección: Carrera 48 No. 10-29 / Barrio: Ciudad Leguizamo – Celular: 3503160054 Ext. 5069

Correo electrónico: gestiondocumental@hacputumayo.com.co

Página web: <https://www.hacputumayo.com.co>