

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**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>
_____	_____

**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](mailto:gestiondocumental@hacputumayo.com.co)

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