

|                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|  <p><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL<br/>FELIPE SUÁREZ E.S.E</b><br/>SU BIENESTAR Y SALUD EN NUESTRAS MANOS</p> | GESTION DOCUMENTAL                                              | Código: <b>CAL201.26.2</b>           |
|                                                                                                                                                                                           | FORMATOS<br>INSTITUCIONALES                                     | Versión: 01                          |
|                                                                                                                                                                                           | HOSPITAL DEPARTAMENTAL<br>FELIPE SUAREZ ESE<br>SALAMINA -CALDAS | Fecha: Marzo/2020<br>Página <b>1</b> |

### AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA.

El diligenciamiento de este formulario es voluntario, se solicita para trámites posteriores en caso que requiera copia de algún documento de su historia clínica y no pueda hacerlo personalmente.

FECHA: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado con documento No. \_\_\_\_\_, en calidad de TITULAR DE HISTORIA CLINICA, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a \_\_\_\_\_ identificado con documento N° \_\_\_\_\_ para solicitar y recibir copia de:

- |                                                             |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Última atención y orden médica     | <input type="checkbox"/> Resultado exámenes laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Resultado de patología             | <input type="checkbox"/> Tres últimas evoluciones       |
| <input type="checkbox"/> Copia completa de Historia Clínica | <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál? _____             |

Con lo anterior, acepto que para obtener copia de cualquier documento de mi historia clínica, la persona autorizada debe presentar copia tanto de mi documento de identidad, como del suyo, con la cual se verificará su identidad y la respectiva autorización.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y CEDULA DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLINICA**

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

**Notas:**

\*Tratando de implementar una política ambiental, moderna y hacer uso racional del papel en nuestra ESE, si usted cuenta con correo electrónico los reportes de laboratorio serán enviados a este.

\*En caso de que su solicitud y autorización sea para la copia de **su historia clínica completa**, deberá anexar un CD en blanco en el que grabaremos todo su historial y tendrá presente que contamos con diez días hábiles para dar respuesta a dicha petición.

**“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.*

-----  
Dirección: calle 3 N 9 A -21.Salamina Caldas.  
Página Web: <http://www.esefelipesuarez.gov.co>  
Email: [correspondencia@esefelipesuarez.gov.co](mailto:correspondencia@esefelipesuarez.gov.co)