

	<b>FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA Y AUTORIZACIÓN A TERCEROS</b>		Código: FR0182 Versión: 04 Fecha: 05/04/2021 Página 1 de 1
	<b>Información del Paciente</b>		

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:	N° Identificación:
<b>Fecha de Atención:</b>		<b>Motivo de la solicitud:</b>	
DD	MM	AAAA	

<b>Información de Tercero Autorizado</b>			
Apellidos:	Nombre:	N° Identificación:	N° de Contacto:
<b>Correo electrónico para envío de Historia Clínica:</b>		<b>Fecha de Solicitud:</b>	
		DD	MM
		AAAA	

**"Bajo mi absoluta responsabilidad autorizo que la historia clínica se remita al anterior correo electrónico"**  
**(Resolución 1995 de 1999)**  
*La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. 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.*

<b>TITULAR DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>TERCERO AUTORIZADO</b>
Con la firma del presente documento autorizo a Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga a realizar el tratamiento de mis datos, los cuales serán manejados conforme a lo establecido por la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, y de acuerdo a la política de protección de datos, la cual se encuentra publicada en la página <a href="http://www.loscomuneroshub.com">www.loscomuneroshub.com</a> para la presente y futura consulta	
Elaboró: Nohora Johanna Londoño; Coordinadora de Gestión Comercial y Servicio al cliente	Revisó: Marcela Rivero Gómez; Coordinador Asistencial Aprobó: Maria Ligia Pulido Lemus; Coordinadora de Gestión de Calidad Estado: V

COPIA CONTROLADA

	<b>FORMATO PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA Y AUTORIZACIÓN A TERCEROS</b>		Código: FR0182 Versión: 04 Fecha: 05/04/2021 Página 1 de 1
	<b>Información del Paciente</b>		

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:	N° Identificación:
<b>Fecha de Atención:</b>		<b>Motivo de la solicitud:</b>	
DD	MM	AAAA	

<b>Información de Tercero Autorizado</b>			
Apellidos:	Nombre:	N° Identificación:	N° de Contacto:
<b>Correo electrónico para envío de Historia Clínica:</b>		<b>Fecha de Solicitud:</b>	
		DD	MM
		AAAA	

**"Bajo mi absoluta responsabilidad autorizo que la historia clínica se remita al anterior correo electrónico"**  
**(Resolución 1995 de 1999)**  
*La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. 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.*

<b>TITULAR DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>TERCERO AUTORIZADO</b>
Con la firma del presente documento autorizo a Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga a realizar el tratamiento de mis datos, los cuales serán manejados conforme a lo establecido por la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, y de acuerdo a la política de protección de datos, la cual se encuentra publicada en la página <a href="http://www.loscomuneroshub.com">www.loscomuneroshub.com</a> para la presente y futura consulta	
Elaboró: Nohora Johanna Londoño; Coordinadora de Gestión Comercial y Servicio al cliente	Revisó: Marcela Rivero Gómez; Coordinador Asistencial Aprobó: Maria Ligia Pulido Lemus; Coordinadora de Gestión de Calidad Estado: V

COPIA CONTROLADA