

	Nombre		FT- AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA MENOR DE EDAD			
	Proceso al que pertenece		Gestión de la atención en salud	Código	GAS-HC- 001	
	Versión	000	Fecha de revisión	Noviembre 2021	Numeración	Página 1 de 1

**Importante.**

El diligenciamiento de este formato es voluntario, el cual se pone a su disposición para facilitar el trámite, como acudiente legal del menor de edad, en caso de no solicitarla personalmente.

Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a uno de nuestros funcionarios de atención al cliente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Con documento número \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, en calidad de madre, de padre o acudiente legal del menor \_\_\_\_\_ con documento de identificación \_\_\_\_\_, voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) para solicitar copia de mi historia clínica :

**PERSONAS AUTORIZADAS**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Documento No. \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Documento No. \_\_\_\_\_

Acepto que para obtener copia de historia clínica, la(s) persona(s) deben presentar:

1. Copia del documento de identidad del menor
2. Documento de identidad original de la persona autorizada.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O ACUDIENTE: \_\_\_\_\_

Documento No: \_\_\_\_\_

“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.