



## AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE MENOR DE EDAD

FO-GC-HC-04

03

29/03/2023

*El Instituto Colombiano del Dolor S.A.S. pone este formato 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 archivo clínico.*

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD

MM

AA

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ en calidad de madre, de padre o representante legal del menor \_\_\_\_\_ identificado(a) con tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_. En pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, voluntariamente, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) para solicitar copia de la historia clínica del menor de edad mencionado anteriormente:

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

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

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

1. Copia del documento de identificación del menor
2. Copia del documento de identificación de los padres o representante legal.
3. Documento de identificación original con el cual se verifica que sea la persona autorizada

\*Autorizo al Instituto Colombiano del dolor a enviar copia de la historia clínica del menor de edad al correo electrónico:

Firma del padre, madre o representante legal del menor de edad: \_\_\_\_\_

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

*Normas para el manejo de la Historia Clínica" Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1): La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley". Ley 1581 de 2012: Ley de Protección de datos personales.*