



AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITAR COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

FO-GC-HC-03

03

29/03/2023

El Instituto Colombiano del Dolor S.A.S. pone este formato a su disposición para facilitar el trámite en caso de no solicitar la historia clínica 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 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 mi historia clínica:

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 titular de la historia clínica.
2. Documento de identidad original, con el cual se verifica que sea la persona autorizada.

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

Firma del titular de la historia clínica: _____

Documento No: _____