

	AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE COPIA HISTORIA CLINICA	
	FECHA SOLICITUD:	V0-2024-CDK
<p>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. (Resolución 1995 de 1999 y la resolución 839 de 2017)</p>		
DATOS DEL PACIENTE A QUIEN PERTENECE LA HISTORIA CLINICA		
Yo,		
Identificado con C.C. No.		en pleno uso de mis facultades
mentales autorizó a la CLINICA DENTAL KERALTY a expedir copia de los registros de mi historia clínica o la		
del menor de edad a mi cargo con nombre:		
y documento de identidad No.		
Fechas de las atenciones solicitadas para la expedición de la copia de a Historia clínica		
Nombre de la Clínica donde se recibió la atención		
Autorizo enviar al correo:		
Teléfono de contacto:		
EN CASO DE AUTORIZACION A TERCEROS		
NOMBRES	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD
FIRMA CON NUMERO DE CC USUARIO DUEÑO DE HISTORIA CLINICA		FIRMA DEL AUTORIZADO CON NUMERO DE CC

Acepto que para obtener copia de la historia debo adjuntar:

1. Formato de Autorización de entrega de copia de historia clínica de manera no presencial, debidamente diligenciado.
2. Fotocopia de documento de identidad del paciente
3. Fotocopia del documento de identidad del representante legal en caso de que lo amerite.
4. Carta de autorización expresa del paciente para la solicitud de copia de historia clínica por un tercero.
5. Documento que acredite el parentesco con el paciente: registro civil de nacimiento o de matrimonio según sea el caso.
6. Si el usuario es menor de edad, la solicitud la puede realizar uno de los padres anexando el Registro Civil del menor. Ley 23 de 1981