



**CARTA DE AUTORIZACION
DE ENTREGA DE HISTORIA CLINICA
CLINICA NEUMOLOGICA DEL PACIFICO SAS**

CNP-FT-088

Santiago de Cali, _____ de _____ de 20 _____

Señores
CLINICA NEUMOLOGICA
DIRECCION MÉDICA
Ciudad.-

Yo _____ con Documento de Identificación CC____ CE____ Pasaporte____
Numero _____ Expedida en _____, Autorizo a: _____ con
Documento de Identificación CC____ CE____ Pasaporte____ Numero _____ Expedida en
_____ Para reclamar Copia de mi Historia Clínica. Fecha ultima atención:
DD____MM____AA____

Firma del solicitante _____ Firma del Autorizado _____

No. de Documento: _____ No. de Documento: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico: _____

Debe anexar

- Copia del documento de identificación del paciente y persona autorizada

Resolución 1995 de 1999, Artículo 14, Parágrafo: "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".

Vo. Bo. Director Médico: _____

Recibo de conformidad:

Nombre: _____ Fecha: _____

No. de Documento: _____ No. de Folios: _____