



**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: \_\_\_\_\_