

El diligenciamiento de este formato les facilitara trámites posteriores, en caso que requiera copia de su historia clínica o resultados de exámenes y no pueda hacerlo personalmente. Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a la persona que se lo entregó.

AUTORIZACION	
Yo _____ con documento de identidad	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA Numero: _____
De: _____ Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo a la siguiente persona a solicitar copia de Historia Clínica o resultados de exámenes de la(s) siguiente(s) fecha(s) de atención(es) _____ con motivo a que (si es mayor de edad) _____	
PERSONA AUTORIZADA A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA-RESULTADOS DE EXAMANES:	
Nombre(s) y Apellido(s): _____	
Documento de identidad: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	Numero: _____ De: _____
(Ilene las siguientes casillas si la historia clínica o resultados de exámenes pertenecen a paciente menor de edad)	
Nombre completo paciente menor de edad: _____	
Documento de Identidad del menor <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI	Numero: _____ De: _____

Autoriza a la **CLÍNICA ASOTRAUMA S.A.S** a enviar historia clínica o resultado de exámenes por correo electrónico SI NO
 Correo electrónico: _____ Telefono o celular: _____

FIRMA SOLICITANTE (paciente):	REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR AL MOMENTO DE RECLAMAR	
No. Identidad: _____	Paciente menor de edad ●Copia del registro civil de Nacimiento. ●Copia del documento de identidad del paciente ●Copia del documento de identidad de los padres o representante legal del menor.	Paciente mayor de edad ●Cedula original de tercero autorizado. ●Copia del documento de tercero autorizado. ●Autenticar firma en notaria de quien autoriza (paciente)

Alguna inquietud favor comunicarse al siguiente numero 5153000 Ext: 100 de Archivo. Horarios de Atención de Lunes a Viernes 7:00 am a 12:00 pm - 2:00 pm a 6:00 pm a excepción de los viernes que es hasta las 5:00 pm, sábado de 8:00 am a 12:00 pm - correo electronico archivo@asotrauma.com.co

"Normas para el Manejo de Historias Clínicas"

Ley 23 de 19831(Art.34)- Resolución 1995 de 1999(Art.1): 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.Sentencia T-158 A de 2008 :Corte Constitucional ;Para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico , la historia clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos por la ley.



El diligenciamiento de este formato les facilitara trámites posteriores, en caso que requiera copia de su historia clínica o resultados de exámenes y no pueda hacerlo personalmente. Si tiene alguna duda para diligenciarlo, solicite explicación a la persona que se lo entregó.

AUTORIZACION	
Yo _____ con documento de identidad	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA Numero: _____
De: _____ Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo a la siguiente persona a solicitar copia de Historia Clínica o resultados de exámenes de la(s) siguiente(s) fecha(s) de atención(es) _____ con motivo a que (si es mayor de edad) _____	
PERSONA AUTORIZADA A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA-RESULTADOS DE EXAMANES:	
Nombre(s) y Apellido(s): _____	
Documento de identidad: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	Numero: _____ De: _____
(Ilene las siguientes casillas si la historia clínica o resultados de exámenes pertenecen a paciente menor de edad)	
Nombre completo paciente menor de edad: _____	
Documento de Identidad del menor <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI	Numero: _____ De: _____

Autoriza a la **CLÍNICA ASOTRAUMA S.A.S** a enviar historia clínica o resultado de exámenes por correo electrónico SI NO
 Correo electrónico: _____ Telefono o celular: _____

FIRMA SOLICITANTE (paciente):	REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR AL MOMENTO DE RECLAMAR	
No. Identidad: _____	Paciente menor de edad ●Copia del registro civil de Nacimiento. ●Copia del documento de identidad del paciente ●Copia del documento de identidad de los padres o representante legal del menor.	Paciente mayor de edad ●Cedula original de tercero autorizado. ●Copia del documento de tercero autorizado. ●Autenticar firma en notaria de quien autoriza (paciente)

Alguna inquietud favor comunicarse al siguiente numero 5153000 Ext: 100 de Archivo. Horarios de Atención de Lunes a Viernes 7:00 am a 12:00 pm - 2:00 pm a 6:00 pm a excepción de los viernes que es hasta las 5:00 pm, sábado de 8:00 am a 12:00 pm - correo electronico archivo@asotrauma.com.co

"Normas para el Manejo de Historias Clínicas"

Ley 23 de 19831(Art.34)- Resolución 1995 de 1999(Art.1): 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.Sentencia T-158 A de 2008 :Corte Constitucional ;Para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico , la historia clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos por la ley.