Clínica del Caribe "Lo hacemos de corazón"	**CARTA AUTORIZACIÒN PARA COPIA DE HISTORIA CLINICA A TERCEROS**	Código:
		Vigencia:
		Versiòn: 01

Barranquilla, _____

Señores
Clínica Del Caribe S.A
Calle 80 No. 49C-65
Ciudad

Asunto: Solicitud copia de Historia Clínica a terceros.

Yo _____ identificado(a) con C.C.__, C.E. __, P.A. ___, No. _____de_____, en mi calidad de paciente, voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la siguiente persona para solicitar copia de mi Historia Clínica.

PERSONA AUTORIZADA:

Nombre y Apellidos: _____
C.C.____, C.E. ___, P.A. ___, No. _____ Parentesco: _____

Acepto que, para obtener copia de mi historia clínica, la persona mencionada debe presentar copia de mi documento de identidad y su correspondiente documento de identidad, con la cual se verificara que sea la persona autorizada.

FIRMA DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLINICA

_____

HUELLA DEL TITULAR

"Norma para el Manejo de las Historias Clínicas"
Resolución 1995 de 1999 (Articulo1)

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 los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento solo puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.