



CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE
HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO

Código	CAB-GL-FO-029
Versión	001
Fecha vigencia	2022-18-02

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de solicitud:	Números de contacto:
Nombre del Paciente:	
Documento de Identidad:	Tipo de atención
Fecha de atención:	URG. <input type="checkbox"/> HOSP. <input type="checkbox"/> CIRUG. <input type="checkbox"/> UCI. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
Motivo de la solicitud (Expresar las razones de la solicitud, tenga en cuenta la confidencialidad y seguridad del documento)	

Consentimiento para el envío de copia de historia clínica por correo electrónico:

De acuerdo al artículo 34, Ley 23 de 1981 de la Constitución de Colombia y a la resolución 1995 de 1999 "La Historia clínica es un documento **privado**, sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.

AUTORIZACIÓN Y ADJUNTOS

PACIENTE

Yo en calidad de **PACIENTE**, autorizo a la Clínica Azul el envío de mi historia clínica al correo: _____, y adjunto escaneados los siguientes documentos:

1. Formato consentimiento / autorización para el envío de historia clínica por correo electrónico, diligenciado y firmado.,
2. Fotocopia del documento de identidad.

Manifiesto que la información que he suministrado es veraz. FIRMA _____

FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL DE PACIENTE INCAPACITADO / INTERDICTO

Yo, _____, identificado(a) con C.C __, C.E __, P.E.P __, OTRO __, número _____, en calidad de **FAMILIAR** (Padre, madre, hijo (a), esposo(a), compañero permanente), y conociendo las implicaciones legales que conlleva la falicidad de documentos privados, solicito a la Clínica Azul el envío de la historia clínica al correo electrónico: _____, y adjunto escaneados los siguientes documentos:

1. Formato consentimiento / autorización para el envío de historia clínica por correo electrónico, diligenciado y firmado,
2. Fotocopia del documento de identidad del paciente
3. Fotocopia del documento de identidad del familiar
4. Copia del registro civil donde conste el parentesco (Padre, madre, hijo,(a)), Cónyuge / compañero (a) permanente (Copia auténtica de la partida eclesiástica de matrimonio o registro civil de matrimonio, Declaración juramentada de convivencia si no existiere partida de matrimonio o registro civil de matrimonio, la cual deberá estar debidamente autenticada por el compañero/a permanente sobreviviente por dos testigos..

Manifiesto que la información que he suministrado es veraz. FIRMA _____

PACIENTE FALLECIDO

Yo, _____, identificado(a) con C.C __, C.E __, P.E.P __, OTRO __, número _____, en calidad de **FAMILIAR DE PACIENTE FALLECIDO**, (Padre, madre, hijo (a), esposo(a), compañero permanente) y conociendo las implicaciones legales que conlleva la falicidad de documentos privados, solicito a la Clínica Azul el envío de la historia clínica al correo electrónico: _____ y adjunto escaneados los siguientes documentos.

1. Formato consentimiento / autorización para el envío de historia clínica por correo electrónico, diligenciado y
2. Fotocopia del documento de identidad del familiar
3. Copia del certificado de defunción
4. Copia del registro civil donde conste el parentesco (Padre, madre, hijo, esposo(a)), Cónyuge / compañero (a) permanente (Copia auténtica de la partida eclesiástica de matrimonio o registro civil de matrimonio, Declaración juramentada de convivencia si no existiere partida de matrimonio o registro civil de matrimonio, la cual deberá estar debidamente autenticada por el compañero/a permanente sobreviviente por dos testigos.

Manifiesto que la información que he suministrado es veraz. FIRMA _____

Por este medio no se realiza entrega de resultados de imágenes diagnósticas.

La información que se entrega al paciente o terceros autorizados se limitará a aquella necesaria para satisfacer el propósito por el cual se solicitó. Vale aclarar, no se enviará información que no fue incluida en la solicitud.