

Fecha:

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:

Yo _____ con documento de identidad CC CE PA Numero: _____
De: _____ Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo al tercero en este formato a solicitar copia de mi Historia clínica o resultados de exámenes de la(s) siguiente(s) fecha(s) de atención(es) _____
(Llene las siguientes casillas si la historia clínica o resultados de exámenes pertenecen a paciente menor de edad)
Autorizo a reclamar Historia Clínica de (Nombre completo paciente menor de edad): _____
_____ No. Identificación del menor RC TI Numero: _____ De: _____

TERCERO AUTORIZADO A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA-RESULTADOS DE EXAMENES:

Nombre(s) y Apellido(s): _____
Documento de identidad: CC CE PA Numero: _____ De: _____

*Autoriza a la Clínica Imbanaco a enviar la historia clínica o resultado de exámenes a su correo electrónico SI NO

Correo electrónico: _____ No. Telefónico: _____

*Autoriza a la Clínica Imbanaco a enviar su historia clínica o resultado de exámenes a su médico tratante: SI NO

Nombre del Médico: _____

AUTORIZA FIRMA DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:

No. de Identidad: _____

REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR AL MOMENTO DE RECLAMAR

- Cedula original de tercero autorizado. (Aplica para paciente menor y mayor de edad)
- Copia del documento de identidad del paciente. (aplica para paciente menor y mayor de edad)
- Copia del documento de identidad de los padres o representante legal del menor (Aplica para paciente menor de edad)

Entrega de resultados de exámenes para: Imágenes Diagnosticas Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 20070-20071 Laboratorio clínico Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 12050.

Entrega de historia clínica: Gestión Documental Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 15642-15609 Horario de atención entrega de historia clínica de Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua, sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. - Correo electrónico gdocumental@imbanaco.com.co

"Normas para el manejo de la Historia Clínica" Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) : La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

Ley 1581 de 2012: Ley de Protección de datos personales.

Fecha:

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:

Yo _____ con documento de identidad CC CE PA Numero: _____
De: _____ Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo al tercero en este formato a solicitar copia de mi Historia clínica o resultados de exámenes de la(s) siguiente(s) fecha(s) de atención(es) _____
(Llene las siguientes casillas si la historia clínica o resultados de exámenes pertenecen a paciente menor de edad)
Autorizo a reclamar Historia Clínica de (Nombre completo paciente menor de edad): _____
_____ No. Identificación del menor RC TI Numero: _____ De: _____

TERCERO AUTORIZADO A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA-RESULTADOS DE EXAMENES:

Nombre(s) y Apellido(s): _____
Documento de identidad: CC CE PA Numero: _____ De: _____

*Autoriza a la Clínica Imbanaco a enviar la historia clínica o resultado de exámenes a su correo electrónico SI NO

Correo electrónico: _____ No. Telefónico: _____

*Autoriza a la Clínica Imbanaco a enviar su historia clínica o resultado de exámenes a su médico tratante: SI NO

Nombre del Médico: _____

AUTORIZA FIRMA DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:

No. de Identidad: _____

REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR AL MOMENTO DE RECLAMAR

- Cedula original de tercero autorizado. (Aplica para paciente menor y mayor de edad)
- Copia del documento de identidad del paciente. (aplica para paciente menor y mayor de edad)
- Copia del documento de identidad de los padres o representante legal del menor (Aplica para paciente menor de edad)

Entrega de resultados de exámenes para: Imágenes Diagnosticas Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 20070-20071 Laboratorio clínico Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 12050.

Entrega de historia clínica: Gestión Documental Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 15642-15609 Horario de atención entrega de historia clínica de Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua, sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. - Correo electrónico gdocumental@imbanaco.com.co

"Normas para el manejo de la Historia Clínica" Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) : La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

Ley 1581 de 2012: Ley de Protección de datos personales.