


| | | | |
|---|---|-----------------------------|----------|
| ORGANIZACIÓN: | FORMATO | NIVEL DE PROCESO: | |
|  | | APOYO ADMINISTRATIVO | |
| | PROCESO: | | |
| | ARCHIVO Y DOCUMENTOS | | |
| | CÓDIGO: | VERSIÓN: | |
| | CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA | F-AYD-03 | 4 |

Bogotá D.C., DD / MM / AAAA

SEÑORES:

ARCHIVO

CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

Cordial saludo

Yo, _____ identificado con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____ número _____, autorizo a _____ identificado con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____ número _____, para reclamar copia de mi Historia Clínica.

Copia: Completa ____ Parcial ____ Fecha de atención requerida: ____ / ____ / ____.

Observaciones: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al aceptar, el titular de la información, autoriza de manera libre e informada el tratamiento de sus datos personales y la imagen, a través de copia de documentos de identificación a **LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD**, en adelante, **MÉDERI** para las siguientes finalidades: Ejecutar las actividades propias como entidad prestadora de servicio público de salud, registrar a pacientes, familiares, acompañantes, proveedores con el propósito de llevar el registro de solicitud de copia de historia clínica, atender a los usuarios que llegan a las ventanillas o para dar respuesta a las solicitudes e inquietudes, relacionadas con la prestación del servicio.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar su información personal, así como presentar quejas y reclamos ante la Superintendencia de Industria y Comercio. Las consultas, reclamos o peticiones pueden realizarlo de manera presencial en la Calle 24 # 29-45 Bogotá DC, o por medio del correo electrónico protecciondedatos@mederi.com.co

La política de tratamiento de datos de Méderi, se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://www.mederi.com.co/>

Firma del solicitante: _____ Autorizado _____

C.C. _____ C.C _____

Teléfono: _____ Teléfono _____

Correo Electrónico: _____

Debe Anexar: Copia del documento de identificación del paciente.

Copia del documento de identificación del autorizado para reclamar la historia clínica.