

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

Bogotá D.C., DD / MM / A A A A

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](mailto: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.