


| | | | |
|---|--|-----------------------------|----------|
| ORGANIZACIÓN: | FORMATO | NIVEL DE PROCESO: | |
|  | | APOYO ADMINISTRATIVO | |
| | PROCESO: | | |
| | ARCHIVO Y DOCUMENTOS | | |
| | CÓDIGO: | VERSIÓN: | |
| | CARTA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA | F-AYD-63 | 1 |

Bogotá D.C., DD / MM / AAAA

SEÑORES:

ARCHIVO

CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

Cordial saludo

Yo, _____ identificado con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____ número _____, solicito copia de mi Historia Clínica.

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

Observaciones: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al firmar este documento, el titular de la información otorga su consentimiento libre e informado para el tratamiento de sus datos personales por parte de **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 puede 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/durante-su-estadia/declaracion-proteccion-de-datos-personales>.

Firma del solicitante: _____

C.C. _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Debe Anexar: Copia del documento de identificación.