


<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>3</b>

Bogotá D.C., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

SEÑORES:

**ARCHIVO**

**CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD**

Hospital Universitario Mayor

Hospital Universitario Barrios Unidos

Cordial saludo

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con C.C.  C.E  Pasaporte   
 número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, autorizo a  
 \_\_\_\_\_ identificado con C.C.  C.E  Pasaporte  número  
 \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, para reclamar copia de mi Historia Clínica.

Copia: Completa  Parcial  Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Autorizado \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

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.