

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDICIÓN DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

NUMERO DE REVISIÓN: 0

HOJA 1 DE 1

CODIGO: FAI056

**CENTRO DE ATENCIÓN
Y DIAGNÓSTICO DE
ENFERMEDADES
INFECCIOSAS**

Resolución 1995 de 1999. La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previsto por la ley.

DATOS DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA

Yo, _____ identificado con el documento N°: _____, de _____, en mi calidad de paciente en pleno uso de mis facultades, autorizó a CDI a expedir copia de la historia clínica de la atención recibida.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE (si aplica)

Yo, _____ identificado con el documento N°: _____, de _____, en mi calidad de representante legal del paciente _____ identificado con tipo de documento _____ N° de documento _____, parentesco _____ voluntariamente en pleno uso de mis facultades, solicito copia de la historia clínica.

ESPECIFICACIÓN DE LA SOLICITUD (MARQUE LA CASILLA)

- Copia completa del registro clínico en la IPS CDI
 Copia de la atención recibida el día ____ del mes de _____ del año _____, en la IPS CDI

Amablemente solicito sea enviada al correo: _____

Acepto que para obtener copia de la historia clínica debo adjuntar:

1. Autorización de entrega de copia de historia clínica debidamente diligenciada (es este formato)
2. Fotocopia de documento de identidad
3. Fotocopia del documento del representante legal (si aplica)

Firma: _____

Nota. No se acepta firma digital

Fecha de solicitud: ____/____/____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo como titular y/o como representante legal del menor de edad o paciente, para que mis (sus) datos personales privados y sensibles (información relacionada con el estado de salud), consignados en mi (su) historia clínica, sean utilizados por **CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS - CDI S.A.**, para realizar gestión administrativa, verificación de datos y expedir, según se solicite, copia física o digital de mi historia clínica completa o específica. Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad. El Titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión de datos y/o revocación de la autorización o reclamo por infracción mediante escrito dirigido a **CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS - CDI S.A.**, a través de correo electrónico a sistemas@cdi.net.co, indicando en el asunto el derecho que se desea ejercitar. La política de tratamiento de datos personales puede ser consultada en el siguiente link: <https://www.cdi.net.co>