

	AUTORIZACIÓN PARA ACCESO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 1 de 2
		Código: FO-GIN-08
		Versión: 02
		Fecha de elaboración o actualización: 06/07/2025
		Elaborado por: Líder de sistemas de información
Proceso: Gestión de la información		

Fecha de la solicitud: ____/____/____

Normas para el manejo de la Historia Clínica:

Resolución 1995 de 1999 Artículo 1: “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 los 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 previstos por la ley.”

Finalidad del documento:

Este formato es totalmente voluntario y tiene como finalidad facilitar futuros trámites, en caso de que usted, como paciente, requiera acceder a su historia clínica y no le sea posible hacerlo personalmente.

Declaración de autorización como paciente

Teniendo claro lo anterior, y actuando de forma libre, consciente y voluntaria, autorizo a la Clínica Vida para que, si en algún momento no puede ejercer este derecho por si mismo(a), entregue copia de su historia clínica a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre completo	Numero de documento de identidad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Correo electrónico de notificación (Opcional): _____

¿Esta autorización es efectiva inclusive en caso de fallecimiento? **SI** _____ **No** _____

Requisitos para entrega:

Para obtener copia de mi Historia Clínica la(s) persona(s) autorizada(s) deberá(n) presentar copia de mi documento de identidad, así como su propio documento de identidad, con el fin de verificar que corresponde(n) a la(s) persona(s) previamente autorizada(s).

	AUTORIZACIÓN PARA ACCESO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 2 de 2
		Código: FO-GIN-08
		Versión: 02
		Fecha de elaboración o actualización: 06/07/2025
		Elaborado por: Líder de sistemas de información
Proceso: Gestión de la información		

Modificación o revocación de esta autorización:

En caso de que, en algún momento, usted desee modificar o revocar la autorización otorgada, deberá presentarse personalmente con su documento de identidad en el área de archivo clínico para realizar la respectiva actualización.

Firma y numero del documento del paciente

Firma y numero del documento del autorizado
(Aplica solo al momento de solicitar copia de historia clínica)

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: en Clínica Vida protegemos su información. Los datos personales suministrados en este documento serán usados únicamente para los fines aquí indicados y los establecidos en nuestra Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales y su manual de aplicación, conforme a lo establecido por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.