

**FORMATO AUTORIZACIÓN TRANSITORIA PARA EL
ACCESO A HISTORIA CLÍNICA**

F-SI-20 V1

Fecha diligenciamiento formato

DD	MM	AAAA
----	----	------

Hora egreso

--

Servicio de egreso (ubicación) _____

Nombre completo Colaborador DIAGNOSTICO CEDIMED SAS _____

“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.” (Artículo 1.

Resolución 1995 de 1999 – Normas para el manejo de la Historia Clínica).

Este formato es voluntario, y su finalidad es facilitar trámites posteriores en el momento del alta, que implican acceso a la historia clínica, cuando usted no pueda hacerlos personalmente. Solicite explicación a la persona que se lo entrega en caso de tener alguna duda. Una vez conocido lo anterior y en forma consciente y voluntaria autorizo a DIAGNOSTICO CEDIMED S.A.S. para realizar el proceso de entrega de historia clínica:

Solo para pacientes que egresan del servicio con aplicación de medios de contraste o anestesia que limita su autonomía y que no cuentan

con personas autorizadas para acceder a su historial clínico y no desean actualizar su acceso a historia clínica.

Recuerde que este documento tiene validez por tres (3) días luego de su diligenciamiento.

Nombre completo del paciente _____

Documento de identificación del paciente _____

Nombre completo del autorizado _____

Documento de identificación del autorizado _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO