|  |  |
| --- | --- |
|  | **N° DE CASO** |
|  | {caso} |

Se hace constar que en la ciudad de Barranquilla (Atl.), el día {fecha} horas, en las instalaciones de la **IPS FUNDACIÓN CAMPBELL** con **NIT 900.002.780-0**, compareció el(a) Sr(a) {nom\_solicita}, identificado(a) con {tipo\_doc\_solicita} N° {num\_doc\_solicita} expedida en {expedida\_solicita}, en calidad de {parentesco}; con el fin de recibir por parte de la **IPS FUNDACIÓN CAMPBELL**, la historia clínica y/o soportes clínicos del paciente {nom\_paciente} identificado(a) con {tipo\_doc\_paciente} N° {num\_doc\_paciente}, folios N° {folios}, como respuesta a la solicitud radicada el día {fecha\_radica}.

Documentos entregados al solicitante:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (**{historia}**) | Historia Clínica | (**{rx}**) | Imágenes Diagnósticas | (**{lectura}**) | Lectura de Imágenes |
| (**{laboratorio}**) | Laboratorios | (**{certificado}**) | Certificados | (**{furips}**) | FURIPS |

Con la firma del presente documento los suscritos corroboran el cumplimiento de los requisitos, por los que se procede a la entrega de la historia clínica sujeta a reserva. Así mismo, el solicitante ratifica su compromiso de privacidad, restricción y uso debido de la misma.

Lo anterior, en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley 23 de 1981 “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, la Resolución 1995 de 1999 modificada por la Resolución 839 de 2017 “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”, y en concordancia a nuestras políticas de privacidad, tratamiento de datos personales y hábeas data conforme a lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012 “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”, como garantía de cumplimiento de los requisitos establecidos para la entrega de historias clínicas.

Como constancia de lo anterior firma el responsable de la entrega:

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de Identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS***

Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a FUNDACIÓN CAMPBELL para que en los términos establecidos legalmente por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa 002 de 2015 expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales. En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados para las finalidades expuestas por la IPS, en sus políticas de tratamiento de datos personales.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE:

N°. DE IDENTIFICACIÓN: {num\_doc\_solicita}