**AUTORIZACIÓN**

**COPIA DE HISTORIA CLÍNICA**

**PARA TERCEROS**

Yo **(INCLUIR NOMBRE)** identificado con Cédula de Ciudadanía número **(INCLUIR NÚMERO)** de **(INCLUIR CIUDAD)** voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo parasolicitar copia de mi historia clínica a **(INCLUIR NOMBRE)** identificado con Cédula de Ciudadanía número **(INCLUIR NÚMERO)** de **(INCLUIR CIUDAD).**

Acepto que para obtener mi historia clínica la persona mencionada debe presentar copia de mi documento de identidad y su correspondiente cedula de ciudadanía, con la cual se verificará que sea la persona autorizada.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

No. de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* **Normas para el Manejo de Historias Clínicas.** **Resolución 1995 de 1999 (Art. 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 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"* **Resolución2346 de 2007 (Art. 16)** *“La historia clínica ocupacional y en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y hacen parte de la reserva profesional; por lo tanto, no podrán comunicarse o darse a conocer, salvo los siguientes casos: 1. Por orden de autoridad judicial.*

*2. Mediante autorización escrita del trabajador interesado, cuando éste la requiera con fines estrictamente médicos. 3. Por solicitud del médico o prestador de servicios en salud ocupacional, durante la realización de cualquier tipo de evaluación médica, previo consentimiento del trabajador, para seguimiento y análisis de la historia clínica ocupacional. 4. Por la entidad o persona competente para determinar el origen o calificar la pérdida de la capacidad laboral, previo consentimiento del trabajador.”*