EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu Familia y la Vida NIT: 892399994-5	**AUTORIZACION DE ENTREGA DE HISTORIAS CLINICAS A TERCEROS**	**CÓDIGO**	**GD-FR-005**
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2024
	Proceso: Gestión Documental (GD)	**HOJA**	1 DE 1

Yo, _____ identificado (a) con el documento de identidad _____ de _____ ubicada en la dirección _____autorizo que La Copia de mi Historia Clínica o parte de ella, sea solicitada por: _____ con el documento de identidad numero _____ de _____ para que en mi nombre y representación solicite, copia de mi historia clínica o parte de ella.

Solicitud de:

Historia Clínica ☐ Epicrisis ☐ Exámenes de Laboratorio ☐

Imágenes Diagnosticas ☐ Otros ☐

_____ _____

Firma Solicitante Firma Autorizado

HUELLA

_____ _____

Identificación Identificación

Correo electrónico: _____

Celular o fijo: _____

NOTA: *Para la solicitud de la Historia Clínica debe anexar copia de los documentos de identificación tanto del solicitante como del autorizado para la solicitud.*