

	<b>FORMATO</b>		
	<b>AUTORIZACIÓN TRANSITORIA PARA ACCESO A HISTORIA CLÍNICA</b>		
	<b>UNIDAD FUNCIONAL:</b> Unidad de apoyo administrativo <b>PROCESO:</b> Gestión de la información / Gestión de la información corporativa		<b>EDICIÓN</b> 1
	<b>FECHA DE EMISIÓN</b> 28/04/2023	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b> dd/mm/aaaa	<b>CÓDIGO</b> F-IC-75

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Documento de identidad No.:** \_\_\_\_\_

Solo para pacientes que egresan del servicio de hospitalización que **no cuentan con personas autorizadas para acceder a su historial clínico y no desean actualizar su acceso a historia clínica**

"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 INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A para realizar el proceso de entrega de historia clínica:

Fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

Nombre del autorizado \_\_\_\_\_ No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ No. Documento de identidad \_\_\_\_\_