

	<b>ANEXO</b>		
	<b>AUTORIZACIÓN 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> 2
	<b>FECHA DE EMISIÓN</b> 28/04/2023	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b> 25/06/2023	<b>CÓDIGO</b> AN-IC-07

“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)

INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A, comprometida con la ley de protección de datos 1581 de 2012, solicita su autorización para el tratamiento a los datos que se requieren para efectos de la atención en salud. Puede [consultar nuestra política de privacidad](#) en el sitio web [www.clinicalasvegas.com](http://www.clinicalasvegas.com); y presentar sus peticiones, quejas o reclamos en el correo electrónico [datospersonales@clinicalasvegas.com](mailto:datospersonales@clinicalasvegas.com).

Este formato es voluntario, se requiere para facilitar trámites posteriores en caso de que solicite la historia clínica y usted no pueda hacerlo 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 que entregue copia de mi Historia Clínica cuando por alguna razón no pueda hacer uso de este derecho personalmente, a la (s) siguiente (s) persona (s):

**Nombre y documento de identidad**

-----  
-----

¿Esta autorización es efectiva inclusive en caso de fallecimiento?    **SI** \_\_\_\_\_    **No** \_\_\_\_\_

Para obtener copia de mi Historia Clínica la(s) persona(s) autorizada(s) debe presentar copia de mi documento de identidad y su correspondiente cédula de ciudadanía con la cual se verifica que sea la persona autorizada.

Autorizo a la(s) entidad(es) responsable(s) de la cuenta que genere mi atención, a obtener copia de mi Historia Clínica.

En caso de que usted en algún momento decida cambiar las personas para obtener copia de su Historia Clínica, debe presentarse personalmente y con el documento de identidad al área de estadística para realizar la actualización de los cambios.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente \_\_\_\_\_

Nombre y firma acompañante y/o quien recibe la información \_\_\_\_\_