

AAAA/MM/DD

**Señores:**

**Hospital Universitario Nacional**

**Oficina de Experiencia del Usuario**

**Ref.: Solicitud de entrega de Historia clínica a tercero**

Cordial saludo

Partiendo de lo estipulado en la Resolución 1995 de 1999 Capítulo 1, Artículo 1, *la Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva (...) Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.*

Yo \_\_\_\_\_ con tipo de documento CC. \_\_ C.E\_\_ T.I\_\_ Otro \_\_\_\_\_ y número de documento \_\_\_\_\_ en calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades, **autorizo entrega de mi historia clínica a \_\_\_\_\_** con tipo de documento CC. \_\_ C.E\_\_ Otro \_\_\_\_\_ y número de documento \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_.

Autorizo expresamente la entrega de la historia clínica de la atención realizada desde el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Esta autorización la emito el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, adjunto fotocopia de mi documento y de mi autorizado, con firmas originales.

Esta autorización puede ser verificada a mi número personal de contacto \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente  
Identificación.

\_\_\_\_\_  
Firma del tercero autorizado  
Identificación.