



## AUTORIZACIÓN PARA EXPEDICIÓN DE COPIA HISTORIA CLINICA

FECHA SOLICITUD:

**Nota:** La información recolectada en este formato relacionada con datos personales y/o información confidencial debe tratarse con reserva, acorde con la Política Tratamiento de la Información publicada en la página web [www.foscal.com.co](http://www.foscal.com.co)

### DATOS DEL PACIENTE DUEÑO DE LA HISTORIA CLINICA

Yo,

Identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades

mentales autorizó a la FOSCAL a expedir copia de los registros de mi historia clínica ó la

del menor de edad a mi cargo con nombre:

\_\_\_\_\_ y documento de identidad No. \_\_\_\_\_

Autorizo enviar al correo:

### EN CASO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS

NOMBRES

APELLIDOS

DOC. IDENTIDAD

FIRMA USUARIO DUEÑO DE HISTORIA CLINICA

FIRMA DEL AUTORIZADO

**Nota:** Favor anexar copia del documento de identidad del usuario y en el caso de autorización a tercero copia del documento de identidad de este. Si el usuario es menor de edad, la solicitud la puede realizar uno de los padres anexando el **Registro Civil del menor. Ley 23 de 1981.**

### DE USO EXCLUSIVO PARA LA FOSCAL

SERVICIO

FECHAS DE ATENCIÓN

URGENCIAS

HOSPITALIZACIÓN

CIRUGIA

CONSULTA EXTERNA

TODA

HORA SOLICITUD:

QUIEN ENTREGA: