



**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

DATOS DEL PACIENTE DUENO 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: