

	AUTORIZACIÓN PARA EXPEDICIÓN DE COPIA HISTORIA CLINICA	
	FECHA SOLICITUD:	
DATOS DEL PACIENTE DUENO DE LA HISTORIA CLINICA		
Yo, _____ Identificado con documento		
de Identidad No. _____ en pleno uso de mis facultades mentales		
autorizó a Fundación FOSUNAB a expedir copia de los registros de mi historia clinica ó		
del menor de edad a mi cargo con nombre:		
y registro civil / tarjeta de identidad No.		
Autorizo enviar al correo:		
REGISTROS POR ENTREGAR		
SERVICIOS	FECHAS DE ATENCIÓN	
HOSPITALIZACIÓN		
CIRUGIA		
CONSULTA EXTERNA		
HC COMPLETA		
El suscrito autoriza a Fundación FOSUNAB el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad, mayor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Organización ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.foscal.com.co que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidades de dicho tratamiento. He sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a través de los siguientes canales: (i) página web www.foscal.com.co; icono contáctenos; (ii) correos electrónicos atencion.pacientef2@foscal.com.co; (iii) personalmente mediante contacto con el personal de atención al Paciente y su Familia en las instalaciones de la organización.		
FIRMA DEL PACIENTE (Dueño de su Historia Clínica)		
EN CASO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS O FAMILIAR		
DOC. IDENTIDAD	NOMBRES	APELLIDOS
FIRMA DEL AUTORIZADO		
DE USO EXCLUSIVO PARA Fundación FOSUNAB		
Número de Folios Entregados:		
Quien Entrega:	Hora Entrega:	

Comunicaciones 027-MF-V6

	AUTORIZACIÓN PARA EXPEDICIÓN DE COPIA HISTORIA CLINICA	
	FECHA SOLICITUD:	
DATOS DEL PACIENTE DUENO DE LA HISTORIA CLINICA		
Yo, _____ Identificado con documento		
de Identidad No. _____ en pleno uso de mis facultades mentales		
autorizó a Fundación FOSUNAB a expedir copia de los registros de mi historia clinica ó		
del menor de edad a mi cargo con nombre:		
y registro civil / tarjeta de identidad No.		
Autorizo enviar al correo:		
REGISTROS POR ENTREGAR		
SERVICIOS	FECHAS DE ATENCIÓN	
HOSPITALIZACIÓN		
CIRUGIA		
CONSULTA EXTERNA		
HC COMPLETA		
El suscrito autoriza a Fundación FOSUNAB el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad, mayor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Organización ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.foscal.com.co que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidades de dicho tratamiento. He sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a través de los siguientes canales: (i) página web www.foscal.com.co; icono contáctenos; (ii) correos electrónicos atencion.pacientef2@foscal.com.co; (iii) personalmente mediante contacto con el personal de atención al Paciente y su Familia en las instalaciones de la organización.		
FIRMA DEL PACIENTE (Dueño de su Historia Clínica)		
EN CASO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS O FAMILIAR		
DOC. IDENTIDAD	NOMBRES	APELLIDOS
FIRMA DEL AUTORIZADO		
DE USO EXCLUSIVO PARA Fundación FOSUNAB		
Número de Folios Entregados:		
Quien Entrega:	Hora Entrega:	

Comunicaciones 027-MF-V6