	AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA FAMILIAR O TERCEROS	Versión:	01
		Código:	A-GI-FO-21
	Gestión de la Información	F. Vigencia:	24-04-2026

FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

Yo, _____ con documento de identificación de _____ de _____, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a la **IPS RAMIRO CORREA RESTREPO SAS** para que entregue información de mi historia clínica a _____, con documento de identificación de _____ de _____, para solicitar copia de _____.

Con fecha de atención: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____

Firma del titular de la Historia Clínica: _____

Dirección: _____

Municipio _____ Barrio _____


Teléfono: _____ Celular _____

Correo electrónico: _____

Normas para el Manejo de Historias Clínicas "Resolución 1995 de 1999 (Art. 1). 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 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"

Al suministrar la información solicitada, usted está autorizando el manejo de sus datos de acuerdo con el aviso de privacidad y la política de tratamiento de datos personales de la IPS Ramiro Correa Restrepo SAS.

Acepta No Acepta

	AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA FAMILIAR O TERCEROS	Versión: 01
		Código: A-GI-FO-16
	Gestión de la Información	F. Vigencia: 24-04-2026

CONTROL DE CAMBIOS:

(Tener en cuenta a la hora de imprimir este formato no incluir la hoja de control de cambios)

FECHA	CAMBIOS	RESPONSABLE	VERSIÓN
24/04/2026	Se crea formato	Gerencia y Dirección Médica	1