



GESTION DE LA INFORMACIÓN CLINICA

GIFO-0023-v0- Autorización para el acceso a los contenidos de la historia clínica a través de correo electrónico

Señores
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Instituto Roosevelt
Bogotá D.C.

Asunto: Autorización envío información de historia clínica vía correo electrónico.

Solicito me sea enviada información de la historia clínica, así como los resultados de los exámenes de tipo clínico al siguiente correo electrónico: _____

Persona adulta identificado con TIPO: _____ NÚMERO: _____

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

En caso de ser menor de edad, presentar alguna discapacidad del neurodesarrollo, y/o estar en un hogar de paso, quien accede a dicha información es:

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

TIPO IDENTIFICACIÓN: _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Describa la información que requiere:

Firma del Paciente y/o Solicitante,

CC. No.

AVISO: El Instituto Roosevelt informa: Si usted va a solicitar copia de la historia clínica debe cumplir con las siguientes condiciones, de acuerdo a la normatividad colombiana que es cautelosa en la protección y confidencialidad de la información del paciente, es por esto, que de acuerdo a la ley 23 de 1981 (Art. 34) – Resolución 1995 de 1999 (Art. 1), “*la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley*”.



GESTION DE LA INFORMACIÓN CLINICA

GIFO-0023-v0- Autorización para el acceso a los contenidos de la historia clínica a través de correo electrónico

Si usted es un familiar o tercero autorizado por el paciente debe presentar: Una carta de autorización firmada por el paciente y por la persona autorizada, escáner del documento de identificación del solicitante, y del documento de identificación del paciente.

Copia no controlada