

GIFO-0023-v1- Autorización para el acceso a los contenidos de la historia clínica a través de correo electrónico

Bogotá D.C _____

Señores
Instituto Roosevelt
Proceso Gestión de la Información

Asunto: Autorización envió de información de Historia Clínica vía correo electrónico.

Por medio de la presente, Yo _____ con tipo de documento _____ número _____ de _____, solicito me sea enviada al siguiente correo _____ información de la Historia Clínica, así como los resultados de los exámenes de tipo clínico del paciente _____ con tipo de documento _____ número _____ de _____, en calidad de _____ del mismo.

En caso de presentar alguna discapacidad del neurodesarrollo y/o estar en un hogar de paso, autorizo a _____ con tipo de documento _____ número _____ de _____ a acceder a dicha información de la Historia Clínica la cual será enviada al siguiente correo _____.

Describa la información que requiere:

Firma del paciente y/o solicitante

Firma del Autorizado

CC. N°:

CC. N°:

NOTA: APLICA EL FORMATO DILIGENCIADO CON FECHA MÁS RECIENTE.

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".

Si usted es el paciente debe presentar personalmente: Documento de identificación original, no se acepta fotocopia.

Por Correo electrónico: Adjuntar documento de identificación y carta de solicitud firmada, al correo, (Favor especificar el correo donde debe ser enviada la historia clínica). 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, Documento de identificación original del solicitante, Copia del documento de identificación del paciente.