

GIFO-0008-v7- Autorización para el tratamiento de datos personales, acceso a los contenidos de la historia clínica y envió vía correo electrónico.

Bogotá D.C _____

**Señores
Instituto Roosevelt
Proceso Gestión de la Información**

Asunto: Autorización para el tratamiento de datos personales, acceso a los contenidos de la historia clínica y envió vía correo electrónico.

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1074 de 2015, doy mi consentimiento como titular y/o responsable de los datos, para que éstos sean incorporados en bases de datos bajo responsabilidad del INSTITUTO ROOSEVELT, y autorizo el acceso a los contenidos de la historia clínica y envió de los mismos, vía correo electrónico.

Yo _____ con tipo de documento _____ número _____ solicito información correspondiente a mi Historia Clínica y/o del paciente _____ con tipo de documento _____ número _____ en calidad de _____, así mismo solicito y autorizo que sea enviada esta información al siguiente correo electrónico _____.

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

Firma del paciente y/o solicitante

Firma del Autorizado

NOTA: APLICA EL FORMATO DILIGENCIADO CON FECHA MÁS RECIENTE.

Aviso: Si usted es el paciente y solicita información de manera presencial debe presentar: Documento de identificación original, no se acepta fotocopia.

Si usted es el autorizado por el paciente y requiere la información de manera presencial debe presentar: Carta de autorización firmada por el paciente, copia de documento de identificación del paciente y documento de identidad original del solicitante.