

Fecha:

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:**

Yo \_\_\_\_\_ con documento de identidad  CC  CE  PA Numero: \_\_\_\_\_  
De: \_\_\_\_\_ Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo al tercero en este formato a solicitar copia de mi Historia clínica o resultados de exámenes de la(s) siguiente(s) fecha(s) de atención(es) \_\_\_\_\_  
*( Llene las siguientes casillas si la historia clínica o resultados de exámenes pertenecen a paciente menor de edad )*  
Autorizo a reclamar Historia Clínica de (Nombre completo paciente menor de edad): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No. Identificación del menor  RC  TI Numero: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

**TERCERO AUTORIZADO A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA-RESULTADOS DE EXÁMENES:**

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_  
Documento de identidad:  CC  CE  PA Numero: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

\*Autoriza a la Clínica Imbanaco a enviar la historia clínica o resultado de exámenes a su correo electrónico  SI  NO

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

\*Autoriza a la Clínica Imbanaco a enviar su historia clínica o resultado de exámenes a su médico tratante:  SI  NO

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZA** FIRMA DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:

No. de Identidad: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR AL MOMENTO DE RECLAMAR**

- Cedula original de tercero autorizado. (Aplica para paciente menor y mayor de edad)
- Copia del documento de identidad del paciente. (aplica para paciente menor y mayor de edad)
- Copia del documento de identidad de los padres o representante legal del menor (Aplica para paciente menor de edad)

Entrega de resultados de exámenes para: Imágenes Diagnosticas Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 20070-20071 Laboratorio clínico Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 12050.

Entrega de historia clínica: Gestión Documental Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 15642-15609 Horario de atención entrega de historia clínica de Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua, sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. - Correo electrónico [gdocumental@imbanaco.com.co](mailto:gdocumental@imbanaco.com.co)

"Normas para el manejo de la Historia Clínica" Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) : La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

Ley 1581 de 2012: Ley de Protección de datos personales.

Fecha:

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:**

Yo \_\_\_\_\_ con documento de identidad  CC  CE  PA Numero: \_\_\_\_\_  
De: \_\_\_\_\_ Voluntariamente y en pleno uso de mis facultades autorizo al tercero en este formato a solicitar copia de mi Historia clínica o resultados de exámenes de la(s) siguiente(s) fecha(s) de atención(es) \_\_\_\_\_  
*( Llene las siguientes casillas si la historia clínica o resultados de exámenes pertenecen a paciente menor de edad )*  
Autorizo a reclamar Historia Clínica de (Nombre completo paciente menor de edad): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No. Identificación del menor  RC  TI Numero: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

**TERCERO AUTORIZADO A RECLAMAR HISTORIA CLÍNICA-RESULTADOS DE EXÁMENES:**

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_  
Documento de identidad:  CC  CE  PA Numero: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

\*Autoriza a la Clínica Imbanaco a enviar la historia clínica o resultado de exámenes a su correo electrónico  SI  NO

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

\*Autoriza a la Clínica Imbanaco a enviar su historia clínica o resultado de exámenes a su médico tratante:  SI  NO

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZA** FIRMA DEL PACIENTE MAYOR DE EDAD, PADRES DEL MENOR DE EDAD O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD:

No. de Identidad: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR AL MOMENTO DE RECLAMAR**

- Cedula original de tercero autorizado. (Aplica para paciente menor y mayor de edad)
- Copia del documento de identidad del paciente. (aplica para paciente menor y mayor de edad)
- Copia del documento de identidad de los padres o representante legal del menor (Aplica para paciente menor de edad)

Entrega de resultados de exámenes para: Imágenes Diagnosticas Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 20070-20071 Laboratorio clínico Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 12050.

Entrega de historia clínica: Gestión Documental Tel. (+57 2) 382-10-00 Ext. 15642-15609 Horario de atención entrega de historia clínica de Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua, sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. - Correo electrónico [gdocumental@imbanaco.com.co](mailto:gdocumental@imbanaco.com.co)

"Normas para el manejo de la Historia Clínica" Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) : La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

Ley 1581 de 2012: Ley de Protección de datos personales.