HOSPITAL DE LOS VALLES

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA COPIAS DE HISTORIAS CLÍNICAS Y/O DOCUMENTOS MÉDICOS

Cumbayá,.....de……..……del 20……..

Señores

HOSPITAL DE LOS VALLES

Presente. –

De mi consideración:

Yo, (Paciente o representante si el paciente es menor de edad) …… ……..…….…….…… con cédula de identidad y/o pasaporte No…..……..…… solicito autorizar a quien corresponda, la entrega de los siguientes documentos:

Historia Clínica	☐	C. Externa	☐	Hospitalización	☐
Hoja 08	☐				
Resultados de Exámenes	☐	Laboratorio	☐	Imagen	☐
Certificado Médico	☐				
Otros	☐				

Fecha de atención: ……..… ….. Paciente es menor de edad:.. NO

Nombre del Paciente: ……

Motivo por el que solicita: ……

En virtud de la Ley de Protección de Datos publicada en el Registro Oficial del 26 de mayo del 2021 y de acuerdo con la Política Interna para el tratamiento de Datos Personales, presentamos el formulario de Solicitud y Autorización para Copias de Historias Clínicas y/o Documentos Médicos, dejando constancia que deslindo de toda responsabilidad al Hospital de los Valles, por la emisión de los mencionados documentos que han sido solicitados por mi persona en forma expresa.

Atentamente;

Firma: …… CI/Pasaporte: ……

No. Teléfono: …….. Email: ……..……

AUTORIZACION: Por cuanto no me es posible realizar la solicitud personalmente y recibir la documentación, autorizo bajo mi responsabilidad a:

Sr./(a): …… CI/Pasaporte: …… Relación con el/la paciente: ……

FIRMA PACIENTE **FIRMA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR**

Nota: Adjuntar copias de cédula de identidad del paciente y la persona autorizada a realizar el trámite y recuerde que la documentación solicitada será entregada 48 horas después de haber realizado esta solicitud