


<b>ORGANIZACIÓN:</b>	<b>FORMATO</b>	<b>NIVEL DE PROCESO:</b>	
		<b>APOYO ADMINISTRATIVO</b>	
	<b>PROCESO:</b>		
	<b>ARCHIVO Y DOCUMENTOS</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	<b>VERSIÓN:</b>	
	<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>F-AYD-03</b>	<b>5</b>

Bogotá D.C., DD / MM / AAAA

SEÑORES:

**ARCHIVO**

**CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD**

Cordial saludo

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con C.C. \_\_\_\_ C.E \_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_ identificado con C.C. \_\_\_\_ C.E \_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, para reclamar copia de mi Historia Clínica.

Copia: Completa \_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_ Fecha de atención requerida: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### **AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Al firmar este documento, el titular de la información otorga su consentimiento libre e informado para el tratamiento de sus datos personales por parte de **LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD**, en adelante **MÉDERI**, para las siguientes finalidades: Ejecutar las actividades propias como entidad prestadora de servicio público de salud, registrar a pacientes, familiares, acompañantes, proveedores con el propósito de llevar el registro de solicitud de copia de historia clínica, atender a los usuarios que llegan a las ventanillas o para dar respuesta a las solicitudes e inquietudes, relacionadas con la prestación del servicio.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar su información personal, así como presentar quejas y reclamos ante la Superintendencia de Industria y Comercio. Las consultas, reclamos o peticiones puede realizarlo de manera presencial en la Calle 24 # 29-45 Bogotá DC, o por medio del correo electrónico [protecciondedatos@mederi.com.co](mailto:protecciondedatos@mederi.com.co)

La política de tratamiento de datos de Méderi, se encuentra disponible en el siguiente enlace <https://www.mederi.com.co/durante-su-estadia/declaracion-proteccion-de-datos-personales>.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Autorizado \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Debe Anexar:** Copia del documento de identificación del paciente.

Copia del documento de identificación del autorizado para reclamar la historia clínica.