 <p>CENTRO DE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN SOBRE CÁNCER LUIS CARLOS SARMIENTO ANGLUO</p>	<b>AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA A UN TERCERO</b>	Código:	FOR-GDT-012
		Versión:	00
		Página:	1 de 3

Bogotá, DD / MM / AAAA

Señores Archivo

**Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer  
Luis Carlos Sarmiento Angulo – CTIC**

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres Completos: \_\_\_\_\_  
 tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de la ciudad \_\_\_\_\_  
 Teléfono Contacto: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA A TERCERO:

Nombres Completos: \_\_\_\_\_  
 Tipo de identificación: \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Indique la fecha que corresponde a la historia clínica o resultado a reclamar:

Fecha, Desde: DD / MM / AAAA Hasta: DD / MM / AAAA

- Copia de Historia Clínica:
- imágenes Diagnósticas
- Resultado de Laboratorio y patología
- Descripción Quirúrgica
- Récord anestésico
- Epicrisis


Otro documento ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Motivo de la solicitud

- Para validar incapacidad frente a empleador.
- Solicitud personal del usuario.
- Para gestionar la pensión.
- Por solicitud de la EPS.
- Por solicitud de la Superintendencia de Salud.
- Por solicitud de Institución Educativa.
- Por solicitud de ARL.

1

*De conformidad con lo previsto en la ley 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulan la materia sobre el tratamiento de datos personales y confidencialidad de la información, autorizó que mis datos personales y los de mi (s) representado (s) sean incorporados en las bases de datos de responsabilidad del CTIC y que estos sean tratados con las siguientes finalidades: medir la satisfacción de los servicios prestados por el CTIC e identificar necesidades del servicio, confirmo haber sido informado que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido al CTIC a la dirección de correo electrónico [tratamiento.datos@ctic.org](mailto:tratamiento.datos@ctic.org) o a través de correo ordinario remitido a la dirección: Calle 168 No. 14 – 42, Bogotá, atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la Política de Protección de datos al CTIC que se encuentra en la página Web de la entidad.*

 <p>CENTRO DE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN SOBRE CÁNCER LUIS CARLOS SARMIENTO ANGLUO</p>	<b>AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA A UN TERCERO</b>	Código:	FOR-GDT-012
		Versión:	00
		Página:	2 de 3

- Para valoración médica particular.  
 Por cambio de EPS.  
 Por solicitud de profesional médico para establecer enfermedad profesional.

Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Autoriza el envío de la Historia Clínica o resultado a reclamar al correo electrónico suministrado en el presente documento,

SI  NO

Correo \_\_\_\_\_

electrónico: \_\_\_\_\_

Certifico que es una cuenta de correo propia y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica al recibido en este correo electrónico.

Firma del Usuario \_\_\_\_\_

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

Firma de persona autorizada: \_\_\_\_\_

Nombre de persona autorizada: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

**\*Anexar copia del documento de identificación del usuario y/o solicitante y demás documentos según sea el caso.**

La entrega de copias de la historia clínica está sujeta a previa verificación con el documento de identidad y demás documentos según sea el caso, por parte del colaborador de FCTIC.


Motivo de negación:

- No es solicitada por un tercero autorizado.  
 No presenta la documentación completa.  
 Las fechas de las atenciones solicitadas, no corresponden a las fechas en historia clínica.

**“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”**

2

*De conformidad con lo previsto en la ley 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulan la materia sobre el tratamiento de datos personales y confidencialidad de la información, autorizó que mis datos personales y los de mi (s) representado (s) sean incorporados en las bases de datos de responsabilidad del CTIC y que estos sean tratados con las siguientes finalidades: medir la satisfacción de los servicios prestados por el CTIC e identificar necesidades del servicio, confirmo haber sido informado que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido al CTIC a la dirección de correo electrónico [tratamiento.datos@ctic.org](mailto:tratamiento.datos@ctic.org) o a través de correo ordinario remitido a la dirección: Calle 168 No. 14 – 42, Bogotá, atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la Política de Protección de datos al CTIC que se encuentra en la página Web de la entidad.*

 <p>CENTRO DE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN SOBRE CÁNCER LUIS CARLOS SARMIENTO ANGLUO</p>	<b>AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA A UN TERCERO</b>	Código:	FOR-GDT-012
		Versión:	00
		Página:	3 de 3

“La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de esta o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999)” En caso de que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se le entregara a quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (esposo(a) o compañero(a) permanente).”

**Nota: Recuerde que cada folio impreso tiene un valor de 300 pesos, por lo tanto, autoriza la impresión de todos los folios que se generen a partir de su solicitud** Si  No

**Si su solicitud incluye más de 20 folios, desea que la historia clínica y/o Epicrisis sea entregada en un CD, con un valor único de 3.000 pesos** Si  No