

 <p>CIRCARIBE SAB Centro Integral de Reumatología del Caribe</p>	FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EXPEDICIÓN DE COPIA DE HISTORIA CLINICA	Versión: 2 CODIGO: CIDRD-HC-ANEX-033 Página 1 de 1
Actualizó: Adriana Olarte Fernández – Dirección de Calidad	Revisó: Dr. Elías Forero Illera – Subgerente y Dirección científica	Aprobó: Dr. Mauricio Abello – Gerente General
Fecha: Octubre 2022	Fecha: Octubre 2022	Fecha: Octubre 2022
FECHA DE SOLICITUD DE LA HISTORIA CLINICA:		
DATOS DEL PACIENTE DUEÑO DE LA HISTORIA CLINICA		
Yo , Identificado con C.C N° _____ en pleno uso de mis facultades mentales autorizo al Centro Integral de Reumatología del Caribe S.A.S / CIRCARIBE S.A.S a expedir copia de los registros de mi historia clinica.		
FIRMA Y DOCUMENTO DEL PACIENTE:		
EN CASO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS		
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA AUTORIZADA		
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL AUTORIZADO:		
FIRMA Y DOCUMENTO DEL AUTORIZADO		
Nota: Favor anexar copia del documento del usuario y en el caso de autorización a tercero, copia del documento de identidad del autorizado		
DE USO EXCLUSIVO CIRCARIBE S.A.S		
HORA Y FECHA DE ENTREGA:		
FECHAS DE ATENCIÓN ENTREGADAS:		
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA:		
Nota: La información recolectada en este formato relacionada con datos personales y/o información confidencial debe tratarse con reserva		