

Fecha: DD MM AAAA

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Dirección General
Ciudad

Asunto: Carta de autorización entrega de historia clínica a terceros.

Respetados señores,

Yo, _____ identificado con
cédula de ciudadanía N° _____, de _____, en mi calidad de paciente,
voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a
_____ identificado con cédula
de ciudadanía N° _____ de _____ para reclamar copia de mi
historia clínica.

Copia completa _____ Tres últimas evoluciones médicas _____ Epicrisis _____

Observaciones:

ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro bajo juramento, con la presentación de esta solicitud, que he sido informado y me comprometo a no hacer público el contenido de la citada documentación a fin de dar cumplimiento de la ley 1582 de 2012 sobre el tratamiento de datos personales y a la norma constitucional de derecho a la intimidad del paciente. Igualmente, a mantener en total reserva y alejada del conocimiento general de la ciudadanía el contenido de la respectiva información.

Manifiesto que el contenido de la documentación solicitada será utilizado únicamente para satisfacer las razones que motivaron la petición y que es de mi pleno conocimiento que no es posible hacer circular los datos obtenidos cuando éstos comprometan la intimidad, la privacidad, la honra o el buen nombre del paciente. Por lo tanto, relevo de toda responsabilidad a la Entidad por cualquier mal uso que dé a la información obtenida.

La política de tratamiento de datos del Instituto Nacional de Cancerología se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://www.cancer.gov.co/somos-inc/politicas-planes-programas/politicas-fortalecimiento-institucional>

Solicitante:

Nombre y Apellido _____

C.C _____

Tel: _____

Firma: _____

Autorizado:

Nombre y Apellido _____

C.C _____

Tel: _____

Firma: _____

Correo electrónico _____

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