

 Clínica del Prado <small>Grupo Quironsalud</small>	FORMATO	CÓDIGO: F-GI-HC-008
	HISTORIA CLÍNICA	VERSIÓN: 4
	SOLICITUD HISTORIAS CLÍNICAS	EDICIÓN: 07/Abr/2022

Medellín, ____ de _____ de 202__

Señores,

**CENTRO DOCUMENTAL
CLINICA DEL PRADO S.A.S**

Yo _____, identificada(o) con documento de identidad número _____.

Solicito:

Copia de mi historia clínica: Completa __ Parcial ____ Fecha: __/__/__

Resultado de patología

Autorizo a _____, identificada(o) con documento de identidad número _____ para que reclame los documentos requeridos.

Además, autorizo de manera expresa y voluntaria el tratamiento de los datos personales propios de los que sea titular o que estén a mi cargo. Acepto que el tratamiento que se le dará a los datos que aporte voluntariamente a Clínica del Prado S.A.S corresponderá con el descrito en el presente documento y en la Política de Tratamiento de Datos de la misma. Así mismo, manifiesto ser titular o contar con autorización apropiada para compartir la información referida.

Nota: Recuerde que si su historia clínica esta antes del 13 de Noviembre del año 2013, el periodo de entrega es de 10 días hábiles.

Firma del Solicitante: _____

CC: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Firma del Autorizado: _____

CC: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____