

CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR

**CORREO ELECTRÓNICO HOSPITAL MILITAR CENTRAL – TERCERO LEGITIMADO (Aplica para
Paciente menor de edad, legalmente incapaz, mayor de edad con discapacidad o fallecido)**

I. Información paciente:

Fecha de solicitud: _____ No. Documento Paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Servicio: Urgencias ☐ Hospitalización ☐ Ambulatorio ☐

II. Información tercero legitimado (familiar/representante legal):

Nombre tercero legitimado: _____

No. De Identificación: _____ Parentesco con paciente: _____

Documento solicitado para: _____

III. Consentimiento para el envío de copia de historia clínica por correo electrónico:

Yo, en mi calidad de tercero legitimado, cuyo nombre e identificación está indicada en el numeral II, autorizo expresamente al Hospital Militar Central, identificado con Nit. 830040256 – 0 y responsable del tratamiento de datos personales, para el envío de la copia de la historia clínica del paciente identificado en el numeral I, vía correo electrónico, al siguiente mail:

IV. Declaraciones:

Declaro que:

(i) Que soy el tercero legitimado de conformidad con la ley y/o la jurisprudencia para solicitar la historia clínica del Paciente menor de edad, legalmente incapaz, mayor de edad con discapacidad o fallecido, arriba identificado y tengo autorización para realizar esta solicitud y acceder a esta información de manera lícita.

(ii) Que la información que he suministrado es veraz.

(iii) Que autorizo el tratamiento de mis datos para los fines indicados en el presente documento.

(iv) Que me comprometo a utilizar la historia clínica del paciente identificado en el numeral I (1) solo para los fines señalados en el numeral II (2) y que guardaré en todo momento la confidencialidad y reserva sobre la misma.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Puede consultar los derechos como titular de sus datos, así como los canales para ejercerlos en la Política de Tratamiento contenida en la página web <https://hospitalmilitar.gov.co>

Firma: _____

Nombre: _____

Teléfono de contacto: _____

En caso que no le sea posible imprimir y firmar este documento, puede transcribirlo completo en una hoja en blanco, firmarlo y escanearlo o fotografiarlo para su envío.