

DIA  MES  AÑO **AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES**

“Teniendo en cuenta que las historias clínicas contienen información confidencial y sensible se advierte a quienes la consultan o descarguen que, asumen la obligación de dar la información que recibe el buen uso que la ley señala y se comprometen a preservar la debida confidencialidad y reserva”. Recuerde que la información que ingrese debe ser veraz para garantizar el trámite, en caso contrario la responsabilidad en la que se incurra recaerá sobre el usuario.

De acuerdo a la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Autorizo de manera voluntaria, previa y explicita, informada e inequívoca al HUN para tratar mis datos personales de acuerdo a su política de Tratamiento de Datos Personales y para fines asistenciales, legales y contractuales, comerciales, de investigación y académicos descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales HUN, disponible en: <https://www.uninorte.edu.co/web/hospital/politicas>

Autorizo que el archivo, la custodia y el tratamiento de mis datos personales, contenido en los registros de mi historia clínica, reposen en los servidores (HC electrónica) y en la bodega en custodia ubicados en las instalaciones de HUN (dentro de Colombia) y en caso de ser necesario, realizar la transmisión y transferencia de mis datos a terceros países que cumplan con la normatividad vigente y estén avalados por la Súper Intendencia de Industria y Comercio (SIC), sin que esto afecte la disponibilidad de los datos”

AUTORIZO: SI  NO **DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TIPO DE ID:  NO. \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ATENCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PROCESO DE LA ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO SOLICITADO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL FAMILIAR/ REPRESENTANTE LEGAL O TERCERO AUTORIZADO (SI APLICA)**

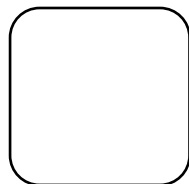
NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

TIPO DE ID:  No. \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

**LA ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA SERÁ ÚNICAMENTE VÍA CORREO ELECTRÓNICO**

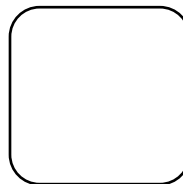
Yo \_\_\_\_\_ autorizo y me responsabilizo de la custodia de mi copia de historia clínica para que sea remitida al siguiente correo electrónico \_\_\_\_\_ desde correo **gest.docventanilla@hospuninorte.org**



Firma del Paciente

CC. \_\_\_\_\_

HUELLA



Firma de la persona autorizada

CC. \_\_\_\_\_

HUELLA

**Resolución 1995 de 1999 (Artículo 1.a)**

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley