SERVICIOS ESPECIALIZADOS DEL CORAZÓN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	**AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS DIAGNÓSTICOS Y/O HISTORIA CLÍNICA A TERCEROS.**	Código: MA040105-R2
		Fecha: 31/08/2020
		Versión: 03.
		Página 1 de 1

En **Servicios Especializados FCB SAS** valoramos sus derechos como pacientes. Por respeto a su derecho a la intimidad y de acuerdo con la ley vigente, le invitamos a conocer parte de la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Protección Social, por la cual se establecen los derechos del paciente, que dicta "Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social: (…). Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que solo con su autorización, puedan ser conocidos. (…). "Asi mismo, la ley 23 de 1981, en su artículo 34, señala que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de un paciente. Es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente en los casos previos en la ley. Es por ello que, con el ánimo de proteger la confidencialidad de la información personal y la reserva propia de la historia clínica, **Servicios Especializados FCB SAS** debe recibir de parte del paciente una autorización expresa para la entrega formal de cualquier documento clínico.

De la forma más atenta solicitamos que diligencie el siguiente formato, a través del cual usted autoriza a **Servicios Especializados FCB** el envío por correo electrónico o para que un tercero reclame el mismo en su nombre y representación; en este último caso se deberá presentar, copia de su documento de identificación y el de la persona autorizada,

Yo, _____ identificado con el documento N° _____

de _____ autorizo que en el informe de resultados diagnósticos ☐

y/o historia clínica o parte de ella ☐ sea entregado al siguiente:

Correo electrónico:	En la ciudad de:
ó que el resultado sea reclamado por:	
Identificado con el documento N°:	De:

_____ **Firma Paciente**

_____ **Firma Persona Autorizada**