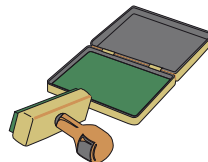


AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA PARA TERCEROS



Fecha de
Autorización

DÍA

MES

AÑO

Yo _____ con cédula número _____
de _____ voluntariamente y en pleno uso de mis facultades, autorizo para
solicitar copia de mi historia clínica y resultados de exámenes o de mi hijo menor de edad
_____ con documento _____

a las siguientes personas:

Nombre y Apellidos: _____ Cédula: _____

Nombre y Apellidos: _____ Cédula: _____

Autorizo al Hospital Pablo Tobón Uribe a enviarme resultados de exámenes e historia clínica por
correo electrónico: Si _____ No _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Firma del Titular de la Historia Clínica

