

Fecha: _____

Doctor (a): _____

Yo, _____ identificado(a) como aparece al pie de la firma y
cumpliendo con lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999; y demás normas que lo
modifiquen, adicionen o sustituyan y dado que requiero de mi Historia Clínica de la
atención de la fecha _____, para _____

AUTORIZACIÓN A TERCEROS

Y en vista de que no puedo presentarme personalmente a realizar el trámite por

bajo mi responsabilidad, solicito que dicha copia sea entregada a _____
_____, identificado (a) con documento número
_____ de _____.

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Para uso exclusivo de la entidad

Fecha de recibo:

Fecha de entrega:

Firma de entrega: