

<b>Apellidos:</b>					
<b>Nombre:</b>					
<b>Tipo de documento</b>					
<b>Número del Id:</b>					
<b>Número -Ingreso</b>					
<b>Sexo:</b>		<b>Edad Ingreso</b>		<b>Edad Actual:</b>	
<b>Servicio:</b>					
<b>Responsable:</b>					

<b>Fecha:</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>Hora:</b>

"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." (Artículo 1. Resolución 1995 de 1999 – Normas para el manejo de la Historia Clínica).

El CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S., comprometido con la ley de protección de datos personales, Ley 1581 de 2012, solicita su autorización para el tratamiento a los datos que se requieren para efectos de la atención en salud. Puede consultar nuestra política de privacidad en el sitio web <https://coa.com.co/politica-de-proteccion-de-datos-personales/> y presentar sus peticiones, quejas o reclamos relacionadas con el tratamiento de datos personales en nuestros canales de comunicación: CRA 48 N° 46A SUR 107 Envigado - Antioquia, Tel (+57) 604 322 1024, correo electrónico: informacion.coa@quironsalud.com.

Este formato es voluntario, se requiere para facilitar trámites posteriores en caso de que solicite la historia clínica y usted no pueda hacerlo personalmente. Solicite explicación a la persona que se lo entrega en caso de tener alguna duda.

Una vez conocido lo anterior y en forma consciente y voluntaria autorizo al CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S. para que entregue copia de mi Historia Clínica cuando por alguna razón no pueda hacer uso de este derecho personalmente, a la (s) siguiente (s) persona (s):

**Nombre y documento de identidad**

-----  
-----

¿Esta autorización es efectiva inclusive en caso de fallecimiento? **SI**\_\_\_\_\_ **No**\_\_\_\_\_

Para obtener copia de mi Historia Clínica la(s) persona(s) autorizada(s) debe presentar copia de mi documento de identidad y su correspondiente cédula de ciudadanía con la cual se verifica que sea la persona autorizada.

Autorizo a la(s) entidad(es) responsable(s) de la cuenta que genere mi atención, a obtener copia de mi Historia Clínica.

En caso de que usted en algún momento decida cambiar las personas para obtener copia de su Historia Clínica, debe presentarse personalmente y con el documento de identidad al área de Consulta Externa para realizar la actualización de los cambios.

---

**Nombre y firma del paciente**

---

**Nombre y firma acompañante y/o quien recibe la información**

**CONTROL DE CAMBIOS:**

<b>Versión</b>	<b>Fecha (Día/mes/año)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntos de cambio</b>
0	15/05/2023	Creación del documento	No aplica

**CUADRO DE APROBACIÓN:**

	<b>ELABORÓ O REDACTÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>FECHA (Día/mes/año)</b>	18/03/2023	10/04/2023 15/05/2023	15/05/2023
<b>CARGO</b>	Dirección Jurídica Corporativa Quirónsalud	Oficial de riesgos Dirección de calidad	Gerente General
<b>NOMBRE</b>	Dirección Jurídica Corporativa Quirónsalud	Diana Cristina Agudelo Henao Liliana María Mesa Flórez	Vadin Ángel Ramírez Agudelo
<b>FIRMA</b>	Dirección Jurídica Corporativa Quirónsalud		