

### AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS DIAGNÓSTICOS Y/O HISTORIA CLÍNICA A TERCEROS

En la Fundación Valle del Lili valoramos sus derechos como paciente. 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 reza: "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: (...)4. 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. (...)" Así 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 o en los casos previstos 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, la Fundación Valle del Lili debe recibir de parte del paciente una autorización expresa para la entrega formal de cualquier documento clínico.

De la forma más atenta solicitamos se sirva diligenciar el siguiente formato, a través del cual usted autoriza a la Fundación Valle del Lili el envío por correo electrónico, fax o para que un tercero reclame el mismo en su nombre y representación; en este último caso se deberá presentar el recibo/factura de servicio, copia de su documento de identificación y el de la persona autorizada. Muchas gracias.

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con el documento N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, autorizo que el informe de resultados diagnósticos  y/o historia clínica o parte de ella  sea entregado al siguiente:

Fax: _____	En la ciudad de: _____
Correo electrónico: _____	
O que el resultado sea reclamado por: _____	
Identificado con el documento N°: _____	de: _____

\_\_\_\_\_  
*Firma paciente*

\_\_\_\_\_  
*Firma persona autorizada*