

Barranquilla, septiembre \_\_\_\_ de 2014

Señores  
CLINICA LA ASUNCION  
La Ciudad

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a)  
con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_, conociendo apartes de la Ley 23 de 1981 y la  
Resolución 1995 de 1999 (Cap. 1, Art. 1) en la cual define que la historia clínica es un  
documento privado, sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros  
con previa autorización del paciente o en casos previstos por la ley, autorizo a la señor (a)  
\_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía  
No. \_\_\_\_\_ Para que le sea entregada las copias de mi  
historia clínica correspondiente a la hospitalización del día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
C.C.

**Firma Solicitante**

\_\_\_\_\_  
C.C.

**Firma Autorizado**

**Nota:** Anexar Copia de Documento de Identidad de paciente, solicitante y autorizado.

Firma Recibido: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_