CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE COPIA:
INFORME DIAGNÓSTICO (REPORTE O LECTURA) -HISTORIA CLÍNICA O IMÁGENES
PACIENTE MENOR DE EDAD

Ciudad: _____ Fecha: DD/MM/AA: _____

SEÑORES:
EMPAQUE ARCHIVO Y ENTREGA DE RESULTADOS
MEDIAGNOSTICA TECMEDI SAS
Ciudad

Cordial Saludo,

Yo, _____ identificado con CC __ CE __ Pasaporte ___ número _____ expedida en _____, en calidad de _____ (madre, padre, hermanos, representante legal o tutor), del **menor** _____ con documento de identidad número: _____. En caso de otro parentesco diferente a los señalados, deberá mediar una sentencia judicial.

Solicito:

___Copia de informe diagnostico (reporte o lectura) Fecha en DD/MM/AA _____

___Copia de Historia Clínica: Cardiología ____ Endocrinología ____ Fecha en DD/MM/AA _____

___Copia de Imágenes Fecha en DD/MM/AA/ _____

Esta copia de Informe Diagnóstico Historia Clínica o Copia de Imágenes es solicitada con el fin de:

_____

"En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en el Informe Diagnostico o Historia Clínica y la misma solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud."

Observaciones: _____

Firma del solicitante: _____

CC. _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Recibo de Conformidad

Nombre: _____

C.C. _____

Fecha: _____

No. De Folios: _____

NOTA: Al momento de reclamar la copia de Informe Diagnóstico - Historia Clínica o Copia de Imágenes el solicitante debe presentar su documento de identificación original.

Debe anexar: Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Solicitante
Copia del documento de identificación del menor de edad.
Copia del Registro Civil donde conste el parentesco o sentencia judicial

VIGILADO Supersalud