



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL  
E.S.E.  
VALLE DEL CAUCA  
NIT: 891900441-1  
AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA A  
TERCEROS O FAMILIARES

CÓDIGO: GI-ES-FO-01  
VERSIÓN: 1  
FECHA: 21/09/2020  
TRD:  
PÁGINA: 1 de 1

Fecha: Día / Mes / Año

Yo \_\_\_\_\_  
con documento de identidad \_\_\_\_\_  
expedida en \_\_\_\_\_ voluntariamente y en pleno uso de mis  
facultades, autorizo a \_\_\_\_\_ con  
documento de identidad \_\_\_\_\_ a solicitar copia de mi historia  
clínica de las siguientes atenciones  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono del titular de historia clínica: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TITULAR DE LA  
HISTORIA CLINICA

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

FIRMA DEL SOLICITANTE DE  
LA HISTORIA CLINICA

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

**Documentos:**

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Paciente.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Autorizado.