

Ciudad: _____

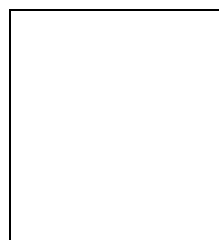
DD / MM / AAAA /: _____

Yo, _____ identificado con C.C. __ C.E. __

PAS __ TI __ RC __ Número _____

Solicito copia de mi historia clínica.Firma solicitante¹ _____

Huella:



Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Autorización de correo electrónico:

Autorizo el envío de la copia de historia clínica al correo electrónico:

Acepto la normatividad vigente y garantizo la custodia de la historia clínica recibida por este medio.

¹ Al diligenciar y firmar el presente formato autorizo de manera previa, expresa e informada a la **ASOCIACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS DE SALUD-ASSALUD** a darle tratamiento de mis datos personales, aquí consignados y de aquellos contenidos en los anexos, adjuntos y/o soportes requeridos para la gestión y trámite de solicitud de historia clínica, conforme a la Política de Tratamiento de Datos publicada en www.assalud.com y disponible en la sede administrativa principal ubicada en la Calle 51 # 35-28 INT. 100 OF 325 del Centro Comercial Cabecera III Etapa de la ciudad de Bucaramanga. Finalmente, declaro conocer la Política de Tratamiento de Datos y estar informado que allí se presentan los derechos que me asisten como titular, así mismo declaro conocer que los canales de atención para el ejercicio de estos derechos son: correo electrónico datospersonales@assalud.com y punto de atención presencial en la sede administrativa principal ubicada en la **Calle 51 # 35-28 INT. 100 OF 325 del Centro Comercial Cabecera III Etapa** de la ciudad de Bucaramanga.