

 ASSALUD Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud	FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA		
	CÓDIGO: F-HC-001-1	VERSIÓN: 0	PÁGINA: 1 DE 1

Diligenciar únicamente en casos de no ser el mismo usuario quien solicita la historia clínica.

Ciudad: _____

DD / MM / AAAA /: _____

1. Yo, _____ identificado con C.C._C.E._PAS_
 TI__RC__ Número _____ Y en actuación como TERCERO autorizado legalmente:

SOLICITO:

Copia de historia clínica menor de edad _____

Copia de historia clínica de discapacitado _____

Copia de historia clínica familiar del fallecido. _____

Identificado con C.C._C.E._PAS__TI__RC__ Número _____, parentesco
 _____.

Se adjunta autorización debidamente autenticada:

Autorizo a: _____ identificado con C.C._C.E._
 PAS__TI__RC__ Número _____, para que solicite copia de historia clínica, en ASSALUD.

Firma de Usuario o Representante legal autorizado¹: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

HUELLA:



Acepto la normatividad vigente, y garantizo la custodia de la historia clínica enviada 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 y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento, 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. Igualmente, declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio y contenidos en los anexos y/o adjuntos, que entregaría sus datos a ASSALUD y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades referidas. 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.

PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	APROBÓ: DIRECCIÓN NACIONAL DE IPS	FECHA: ABRIL / 2022
--	--------------------------------------	---------------------