

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: GC-FT-30
		Versión: 1
	PARA EL ENVÍO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO TERCERO LEGITIMADO	Fecha: 30/07/2020
		Página 1 de 1

I. INFORMACIÓN PACIENTE: (Aplica para usuario menor de edad, incapaz o fallecido)
Fecha de solicitud: Día: <input type="text"/> Mes: _____ Año: <input type="text"/> No. Documento de identidad: _____ Nombre del usuario: _____ Fecha de la atención: Desde __/__/__ / Hasta __/__/__/ Sede que brindo la atención: (Bogotá, Manizales, Medellín, Ibagué, Sogamoso, Cali, otra) _____
II. INFORMACIÓN TERCERO LEGITIMADO (Familiar/representante legal):
Nombre del tercero legitimado: _____ No. De Doc. identificación: _____ Parentesco con el usuario (paciente): _____ Historia clínica o anexos solicitados para: _____
III. CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE COPIA DE H. CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO
Yo, en mi calidad de tercero legitimado, cuyo nombre e identificación está indicada en el numeral II, autorizo expresamente a la IPS Maple Respiratory S.A.S, identificada con NIT. 900611961-1 y responsable del tratamiento de datos personales, para el envío de la copia de la historia clínica del usuario identificado en el numeral I, vía correo electrónico, al siguiente email: _____
I. DECLARACIONES
Declaro que: (i) Que soy el tercero legitimado con la Ley y /o la jurisprudencia para solicitar la historia clínica del paciente menor de edad, incapaz y/o fallecido, arriba identificado y tengo autorización para realizar esta solicitud y acceder a esta información de manera lícita. (ii) Que la información que he suministrado es veraz. (iii) Que autorizo el tratamiento de mis datos para los fines indicados en el presente documento. Que me comprometo a utilizar la historia clínica del paciente identificado en el numeral I. solo para los fines señalados en el numeral II y que guardaré en todo momento la confidencialidad y reserva sobre la misma. Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad. Aviso de privacidad: Mediante la firma del presente documento autorizo a Maple Respiratory, para que use mis datos conforme a lo descrito en las Política de Protección de Datos adoptadas por la misma, políticas a las que tendré acceso mediante el siguiente correo electrónico coordinacióncalidad@maplerepiratory.co , en el cual también podre ejercitar mis derechos tal como lo consagra la norma o mediante el link: https://www.maplerepiratory.co/wp-content/uploads/2019/09/Manual-de-poli%CC%81ticas-web--MAPLE-RESPIRATORY-I.P.S-S.A.S_.pdf
Firma: _____ Nombre: _____
Teléfono de contacto: _____
En caso que no le sea posible imprimir y firmar este documento, puede transcribirlo completo en una hoja en blanco, firmarlo y escanearlo para su envío.

El presente documento será de aplicación a partir de su publicación y deroga todas las instrucciones y disposiciones que sobre la materia se hayan emitido anteriormente

“Cuidemos el medio ambiente, por favor, no imprima si no es necesario”