

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA</b>       | CODIGO: F-EA-001<br>VERSION: 01<br>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br>10-10-2023 |
|   | PROCESO: GESTION DE EXPERIENCIA AL USUARIO | Página 1 de 2  |

### DECLARACION JURAMENTADA

Declaro bajo gravedad de juramento, que la persona que elabora, remite y/o autoriza él envió del correo electrónico mediante el cual se solicita los siguientes documentos: \_\_\_\_\_

Del paciente \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ realmente es \_\_\_\_\_ autorizo bajo mi exclusiva responsabilidad y exonerando a la

entidad **IPS Clínica Nuestra Cartagena**, que los documentos solicitados se me remita al correo desde el cual se envía la solicitud. Que se me ha informado que muy a pesar de los actos de cuidados tomados por el personal de la IPS, que tiene por mandato legal la Custodia de la historia clínica, hay riesgo de fuga de datos sensibles que hacen parte de mi historia clínica, pero por la necesidad que tengo de contar con estos documentos, asumo el riesgo. Que se me ha explicado que la entrega de los documentos solicitados por correo electrónico, solo se hará durante el tiempo que dure la emergencia declarada por el presidente de la Republica y con fundamento a la flexibilización de los requisitos fijados por la ley de Habeas Datos, conforme a lo que figura en el párrafo sexto, página seis y en el artículo 8 del decreto 538 del 2020.

Declaro lo anterior a los \_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

CC. \_\_\_\_\_

Autorizo a la siguiente persona para el envío y recepción de la documentación solicitada

Nombre del autorizado:

CC:

Autorizo recibir la información por correo electrónico a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE ATENCION AL  
USUARIO**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS        |  |
| TIPO DE DOCUMENTO         |  |
| N° DE DOCUMENTO           |  |
| CORREO ELECTRÓNICO        |  |
| TELÉFONO                  |  |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA   |  |

Firma: \_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_