

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE ENTREGA O ENVÍO POR CORREO ELECTRONICO DE COPIA DE INFORME DIAGNÓSTICO (REPORTE O LECTURA) -HISTORIA CLÍNICA- O IMÁGENES

Ciudad: _____ Fecha: DD/MM/AA: _____

SEÑORES:

**Archivo Historias Clínicas
MEDIAGNOSTICA TECMEDI SAS
Ciudad**

Cordial Saludo,

Yo _____ identificado con CC ___ CE ___ Pasaporte ___ número _____ expedido en _____, autorizo a _____ identificado con CC ___ CE ___ Pasaporte ___ número _____ expedido en _____, para solicitar y reclamar:

- Copia de informe diagnóstico (reporte o lectura) del examen _____ tomado en la Fecha en DD/MM/AA _____.
- Copia de Historia Clínica: Cardiología ___ Endocrinología ___ Fecha DD/MM/AA _____
- Copia de Imágenes del Examen _____ tomado en la Fecha DD/MM/AA/ _____

Esta copia de Informe Diagnóstico Historia Clínica o Copia de Imágenes es solicitada con el fin de:

"En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en el Informe Diagnostico o Historia Clínica y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud."

Autorizo a MEDIAGNÓSTICA TECMEDI SAS a enviar el Reporte o Informe Diagnóstico al siguiente correo:

Para garantizar la confidencialidad de su información es necesario que diligencie todos los campos; de esta manera usted está autorizando a **MEDIAGNÓSTICA TECMEDI SAS** a enviarle su reporte o informe diagnóstico al correo electrónico que nos indique. Esta información está sujeta a verificación, si se observa alguna inconsistencia sus resultados no le serán enviados por este medio. (Cumplimiento a requisito legal. Ley 1581 de 2012 y su Decreto 1377 de 2013.)

Firma del solicitante: _____	Firma del autorizado: _____
CC. _____	CC. _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____

Recibo de Conformidad (en caso de reclamar en Sede)

Nombre: _____ No. de Cédula _____

Fecha: _____ No. de Folios _____

NOTA: Al momento de reclamar en Sede la copia de Informe Diagnóstico - Historia Clínica o Copia de Imágenes el autorizado debe presentar su documento de identificación original.
Debe anexar: Copias de los documentos de identificación del paciente y autorizado