

	AUTORIZACIÓN PARA EXPEDICIÓN DE COPIA HISTORIA CLINICA	CODIGO: NM-CCE-CE-FT-380
	FECHA SOLICITUD:	VERSIÓN: 2
Nota: La información recolectada en este formato relacionada con datos personales y/o información confidencial debe tratarse con reserva, acorde con la Política Tratamiento de la Información.		FECHA: 10-02-2025

DATOS DEL PACIENTE DUEÑO DE LA HISTORIA CLINICA
--

Yo,		
<table border="1"> <tr> <td>Identificado con C.C. No.</td> <td></td> </tr> </table>	Identificado con C.C. No.	
Identificado con C.C. No.		
en pleno uso de mis facultades mentales autorizo a VIVIR IPS S.A.S. a expedir copia de los registros de mi		
y documento de identidad No.		
Autorizo enviar al correo:		

EN CASO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS

NOMBRES	APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD
FIRMA USUARIO DUEÑO DE HISTORIA CLINICA	FIRMA DEL AUTORIZADO	

Nota: Favor anexar copia del documento de identidad del usuario y en el caso de autorización a tercero copia del

DE USO EXCLUSIVO PARA VIVIR IPS S.A.S.

SERVICIO Y/O PROGRAMA	FECHAS DE ATENCIÓN:
CONSULTA EXTERNA	
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	
PPL	
HORA SOLICITUD:	QUIEN ENTREGA: