



**UNIDAD MEDICA ONCOLIFE IPS**  
FORMATO DE SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA AUTORIZADOS

VERSION 1

CODIGO GAU-FO-IAU-002

Fecha de Creación: 14/03/2023

Página 1 de 1

Bogotá D.C., DD / MM / A A A A

SEÑORES:

**ATENCION AL USUARIO**

**UNIDAD MEDICA ONCOLOGICA ONCOLIFE IPS SAS**

Cordial saludo

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con C.C. \_\_ C.E \_\_ Pasaporte \_\_ número \_\_\_\_\_, solicito copia de la Historia Clínica de \_\_\_\_\_ identificado con C.C. \_\_ C.E \_\_ Pasaporte \_\_ número \_\_\_\_\_, quién actualmente se encuentra incapacitado (a) para dar su consentimiento de realizar esta solicitud.

Copia: Completa \_\_ Parcial \_\_ Fecha de atención requerida: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

Parentesco del solicitante: Padre o Madre Hijo (a) \_\_ Compañero (a) Sentimental \_\_

*En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.*

Esta Historia Clínica es solicitada con el fin de: \_\_\_\_\_

**“En ningún caso podrá hacer pública la información contenida en la historia clínica, y la misma, solamente puede ser utilizada para satisfacer las razones que motivaron la solicitud”**

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Al aceptar, el titular de la información, autoriza de manera libre e informada el tratamiento de sus datos personales y la imagen, a través de copia de documentos de identificación a **UNIDAD MEDICA ONCOLOGICA ONCOLIFE IPS SAS**, para las siguientes finalidades: Ejecutar las actividades propias como entidad prestadora de servicio de salud, registrar a pacientes, familiares, acompañantes, proveedores con el propósito de llevar el registro de solicitud de copia de historia clínica, atender a los usuarios que llegan a las ventanillas o para dar respuesta a las solicitudes e inquietudes, relacionadas con la prestación del servicio.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar su información personal, así como presentar quejas y reclamos ante la Superintendencia de Industria y Comercio. Las consultas, reclamos o peticiones pueden realizarlo por medio del correo electrónico [atencionalusuario@oncolife.com.co](mailto:atencionalusuario@oncolife.com.co)

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Debe Anexar:** Copia del documento de Identificación del Solicitante, Registro Civil donde conste el Parentesco, Matrimonio o Extra-juicio de convivencia, según el caso. Según sentencia T – 343 del 2008.