



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

VERSIÓN: 1

CÓDIGO GAU-FO-IAU-006

Fecha de actualización:  
21/02/2025

Página 1 de 2

**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 mi Historia Clínica.

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

Observaciones: \_\_\_\_\_

**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.**