



JEFATURA SALUD FUERZA AÉREA COLOMBIANA
DIRECCIÓN SERVICIOS DE SALUD ASISTENCIAL
AUTORIZACIÓN PARA EXPEDICIÓN DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

Fecha de solicitud _____

Establecimiento de Sanidad Militar: _____

INFORMACIÓN USUARIO

Nombres y Apellidos: _____

No Documento: _____

Firma: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL MENOR DE EDAD

Nombres y Apellidos: _____

No Documento: _____

Firma: _____

**INFORMACIÓN FAMILIAR PRIMER GRADO CONSANGUINIDAD EN CASO DE USUARIO,
EN ESTADO DE INCAPACIDAD, MENTAL/ FISICA, Ó FALLECIDO.**

Nombres y Apellidos: _____

No Documento: _____

Firma: _____

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD:

Documentos adjuntos: _____

Consentimiento para el envío de copia de historia clínica por correo electrónico:

Yo, en mi calidad de usuario, cuyo nombre e identificación está indicado, autorizo expresamente a la Jefatura Salud FAC, a través de su Establecimiento de Sanidad Militar _____, para el envío de la copia de la historia clínica del paciente identificado, vía correo electrónico, al siguiente mail:

_____.

FIRMA:

NOMBRE:

TELEFONO CONTACTO:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ESM. No consecutivo Solicitud: _____

Fecha recepción: _____. Autorizado por: _____

Fecha entrega HC o envío correo electrónico: _____

Responsable entrega o envió: _____