



MACROPROCESO: INGRESO Y REGISTRO		FECHA: 02/05/2020
PROCESO: ADMISIONES		VERSIÓN: 04
FORMATO: FORMATO DE AUTORIZACIÓN POR EL PACIENTE	IN-ADM-F-03	Página 1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN POR EL PACIENTE

Medellín, ____ (día) de ____ (mes) del ____ (año)

Señores
Documentación y Registro
Medicáncer

Yo _____
Identificado con CC ____ CE ____ Pasaporte ____ Número _____,
expedida en _____, autorizo a
_____ identificado con
CC ____ CE ____ Pasaporte ____ Número _____, expedida en
_____, para reclamar copia de mi historia clínica.

Yo, _____, identificada(o) con documento
de identidad número _____ autorizo, además, de manera expresa
y voluntaria el tratamiento de los datos personales propios de los que sea titular o que estén
a mi cargo. Acepto que el tratamiento que se le dará a los datos que aporte voluntariamente
a Medicáncer, corresponderá con el descrito en el presente documento y en la Política de
Tratamiento de Datos de la misma. Así mismo, manifiesto ser titular o contar con
autorización apropiada para compartir la información referida.

Firma del

Firma del

Paciente _____

Autorizado _____

CC _____

CC _____

Dirección _____

Dirección _____

Teléfono _____

Teléfono _____