



Institución Universitaria Colegios de Colombia

**AUTORIZACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO Y USO DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA**

CODIGO: CL-FT-004

VERSION: 1

FECHA:12/08/2016

La resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, define en su artículo 1°. Que: “La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”. Dicha reserva es la limitación expresa del conocimiento del contenido de mi historia clínica a diferentes personas; salvo del equipo de salud.

Teniendo en cuenta que la información registrada en la historia clínica institucional puede contener información científica y académica, derivada de los exámenes diagnósticos, tratamientos y procedimientos y que, a su vez, puede ser útil para fines investigativos: autorizo a la Institución, el uso de dicha información, atendiendo la debida reserva y confidencialidad, no permitiendo establecer mi identidad.

Dado lo anterior, permito informar que Yo, \_\_\_\_\_

Mayor de edad, con CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales y capaz de expresar mi libre decisión, SI\_\_\_, NO\_\_\_, otorgo mi consentimiento libre y voluntario para autorizar al personal científico del COLEGIO ODONTOLÓGICO de la INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA, a consultar los datos de mi historia clínica, así como a utilizar los resultados de los exámenes paraclínicos tales como: Radiografías, fotografías, tomografías, resultados de exámenes histopatológicos y de laboratorio clínico, así como modelos de estudio (moldes dentales) y especímenes biológicos. Además de la información registrada en la historia clínica, siempre bajo los principios de confidencialidad, con el fin de que los mismos sean utilizados, analizados y revisados para los fines anteriormente mencionados.

Declaro que se me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta autorización. También, he podido formular todas mis inquietudes y se han aclarado todas mis dudas. Además, se me ha informado que puedo revocar este consentimiento cuando a mi criterio así lo considere oportuno, y que podré continuar recibiendo atención odontológica en esta institución sin ningún perjuicio.

Nota: En caso que el paciente sea menor de 18 años, este consentimiento deberá firmarse por el Responsable Legal y deberá diligenciarse el asentimiento informado correspondiente.

**FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ CC.: \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_