**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de paciente con documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como mi ( ) Familiar ( ) Acompañante, a recibir información sobre mi estado de salud. La información que se proporcionará incluye: evoluciones médicas diarias, mis necesidades como paciente y trámites administrativos que requieran para garantizar el tratamiento en el Hospital de Moniquira. Y él se compromete a difundir la información dada por médico tratante a todos los integrantes de la familia.

En caso de no poder recibir la información esta puede entregarse a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con número de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logotipo, nombre de la empresa  Descripción generada automáticamente | **HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E** | | | |
| **FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | | |
| **PROCESO DE GESTIÓN INTEGRAL AL USUARIO  SUBPROCESO: EXPERIENCIA DEL USUARIO** | | | |
| **CÓDIGO:** | GIU-F-10 | **VERSIÓN** | **V01-2022** |

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de paciente con documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como mi ( ) Familiar ( ) Acompañante, a recibir información sobre mi estado de salud. La información que se proporcionará incluye: evoluciones médicas diarias, mis necesidades como paciente y trámites administrativos que requieran para garantizar el tratamiento en el Hospital de Moniquirá. Y él se compromete a difundir la información dada por médico tratante a todos los integrantes de la familia.

En caso de no poder recibir la información esta puede entregarse a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con número de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_