



Neiva, (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_

Doctora;  
**MARTHA LUCIA POLANIA**  
 GERENTE  
**CLINICA DE FRACTUAS Y ORTOPEDIA.**  
 Neiva – Huila.

Cordial Saludo,

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con Cedula de Ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedida en la Ciudad de \_\_\_\_\_, solicito una copia de la Historia Clinica \_\_\_\_ y estado de cuenta \_\_\_\_\_, que reposa en dicha institución.

Bajo mi responsabilidad absoluta Autorizo al señor \_\_\_\_\_ con identificación No. \_\_\_\_\_, Expedida en \_\_\_\_\_. Para reclamar dicha copia.

**Fecha de accidente** \_\_\_\_\_

**Motivo de la solicitud:** \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
 C.C # \_\_\_\_\_  
 Dirección Residencia: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_

Huella.

**Datos del autorizado:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 C.C \_\_\_\_\_  
 Dirección Residencia: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Huella.

Anexo: Fotocopia del documento de identificación del Usuario.  
 Fotocopia del documento de Identificación del autorizado.

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituya o modifique, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados.