**Ciudad y Fecha**

**Señores**
Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible

Bogotá

**Asunto: Autorización para Conocimiento y Entrega de Historia Clínica**

Yo, **XXXXX XXXX**, identificado con cédula de ciudadanía No. XXXXX, cargo XXXXX, grado XXXXX, código XXX del Grupo XXXXX de la XXXXX, en desarrollo de la normativa que se relaciona a continuación:

* **Artículo 34 de la Ley 23 de 1981**, que establece: “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”
* **Literal a) del artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999**, que establece que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y confidencial, en el que se registran de manera cronológica las condiciones de salud del paciente, los actos médicos realizados y las intervenciones del equipo de salud que participa en su atención. Dichos documentos solo pueden ser consultados por terceros con la previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
* **Literal g) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015**, que dispone: “Que la historia clínica debe ser tratada de manera confidencial y reservada, y que solo puede ser conocida por terceros con la previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Además, el paciente tiene el derecho de consultar toda su historia clínica de manera gratuita y de obtener una copia de la misma.”

**AUTORIZO** de manera expresa y voluntaria al Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible para que reciba mi historia clínica, tenga acceso a la información contenida en ella y la entregue a la EPS a la que estoy afiliado. Esta autorización tiene el propósito de facilitar los trámites necesarios para el recaudo de recobros por incapacidades y licencias ante las entidades de seguridad social correspondientes.

Atentamente,

[Firma]

**Xxxxx Xxxxx**