

	FORMATO	NIVEL DE PROCESO:		
		APOYO ADMINISTRATIVO		
	CARTA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA		PROCESO:	
			ARCHIVO Y DOCUMENTOS	
			CÓDIGO:	VERSIÓN:
F-SHC1	1			

Bogotá D.C., DD / MM / A A A A

SEÑORES:

ARCHIVO

NATURAL BODY CENTER IPS.

Cordial saludo

Yo, _____ identificado con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____ número _____, solicito copia de mi Historia Clínica.

Copia: Completa ____ Parcial ____ Fecha de atención requerida: ____/____/____.

Observaciones: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al aceptar, el titular de la información, autoriza de manera libre e informada el tratamiento de sus datos personales y la imagen, a través de copia de documentos de identificación a **NATURAL BODY CENTER IPS.**, en adelante, **NBC** para las siguientes finalidades: Ejecutar las actividades propias como entidad prestadora de servicio público de salud, registrar a pacientes, familiares, acompañantes, proveedores con el propósito de llevar el registro de solicitud de copia de historia clínica, atender a los usuarios que llegan a las ventanillas o para dar respuesta a las solicitudes e inquietudes, relacionadas con la prestación del servicio.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar su información personal, así como presentar quejas y reclamos ante la Superintendencia de Industria y Comercio. Las consultas, reclamos o peticiones pueden realizarlo de manera presencial en la Calle 102 # 45A - 28, Bogotá DC, o por medio del correo electrónico contactenos@naturalbodycenter.com

La política de tratamiento de datos de NBC, se encuentra disponible en el siguiente enlace:

<https://naturalbodycenter.com/politicas-de-tratamiento-y-proteccion-de-datos/>

Firma del solicitante: _____

C.C. _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Debe Anexar: Copia del documento de identificación.