



<b>MACROPROCESO:</b> INGRESO Y REGISTRO		FECHA: 29/03/2021
<b>PROCESO:</b> ADMISIONES		VERSIÓN: 04
<b>FORMATO:</b> FORMATO DE SOLICITUD DE ACUDIENTES O REPRESENTANTES	IN-ADM-F-04	Página 1 de 1

## IN-ADM-F-04: FORMATO DE SOLICITUD DE ACUDIENTES O REPRESENTANTES

Medellín, \_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_ (mes) del \_\_\_\_ (año)

Señores  
Documentación y Registro  
Medicáncer

Yo \_\_\_\_\_  
Identificado con CC \_\_\_\_ CE\_\_\_\_ Pasaporte\_\_\_\_ Número\_\_\_\_,  
expedida en \_\_\_\_\_, en representación de  
\_\_\_\_\_ identificado con  
CC \_\_\_\_CE\_\_\_\_ Pasaporte\_\_\_\_ T.I\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_, expedida en  
\_\_\_\_\_, solicito entrega de su historia clínica por ser menor de edad \_\_\_\_  
paciente en situación de discapacidad \_\_\_\_ o paciente fallecido\_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, identificada(o) con documento  
de identidad número \_\_\_\_\_ autorizo, además, de manera expresa  
y voluntaria el tratamiento de los datos personales propios de los que sea titular o que estén  
a mi cargo. Acepto que el tratamiento que se le dará a los datos que aporte voluntariamente  
a Medicáncer, corresponderá con el descrito en el presente documento y en la Política de  
Tratamiento de Datos de la misma. Así mismo, manifiesto ser titular o contar con  
autorización apropiada para compartir la información referida

Firma del  
Solicitante \_\_\_\_\_  
CC \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

Firma del  
Autorizado \_\_\_\_\_  
CC \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_