**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Universidad Católica de Manizales Servicios de Salud. Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_ código de la sede: 170010089801 Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo: \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL ACOMPAÑANTE PACIENTE.**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio para el cual se solicita la remisión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA REMISIÓN**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**CONTRA-REMISION**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Le informamos que sólo podrá utilizar la información a la que tenga acceso en virtud de la presente remisión para las finalidades antes descritas, por lo que le está prohibido usarla para fines distintos y deberá abstenerse de suministrarla, cederla o comercializarla a terceras personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, salvo que la misma sea requerida por una autoridad competente en el ejercicio de sus funciones legales. De igual manera, le indicamos que deberá dar cumplimiento en todo momento a la Ley 1581 de 2012 y las normas que la complementen. El Profesional Receptor de la información, mantendrá indemne a la Universidad Católica de Manizales, de cualquier responsabilidad que surja o se derive del incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente cláusula. Como consecuencia de lo anterior, asumirá cualquier acción legal, reclamación, sanción, y/o indemnización a la que se vea obligado la Universidad Católica de Manizales, en razón al incumplimiento.

**PROFESIONAL QUE REALIZA LA CONTRA-REMISION**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución que realiza la contra-remision\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Vicerrectoría de Bienestar y Pastoral | Aseguramiento de la Calidad | Consejo de Rectoría | Junio del 2019 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |

**CONTROL DE CAMBIOS**