

AUTORIZACIÓN

PARA SOLICITUD DE COPIA DE FICHA CLÍNICA Y ANTECEDENTES CLÍNICOS

En mi calidad de paciente atendido(a) en Centromed Viña del Mar y/o Centromed Quilpué, y como titular de la ficha clínica y/o antecedentes clínicos, todos ellos registros derivados de las atenciones entregadas en dichos prestadores, solicito expresamente la información contenida en la ficha clínica, copia de la misma, o parte de ella, como informes de exámenes de Laboratorio, Imágenes, Procedimientos, y autorizando a un tercero gestionar esta solicitud en mi representación, ello según las formas y condiciones señaladas en la Ley 20.584 de Deberes y Derechos del paciente.

Expreso, haber sido informado(a) adecuadamente acerca de los requisitos para formalizar la solicitud de antecedentes clínicos a Centromed, y de los plazos dispuestos para su otorgamiento, los cuales acepto.

Firma paciente

Firma solicitante

Este documento debe adjuntarse firmado en el formulario que corresponda del paso 3 de Solicitud de antecedentes clínicos.

Ciudad de _____, ____ de ____ del _____