



CARTA AUTORIZACION DE TERCEROS O FAMILIAR PARA RECLAMAR HISTORIA CLINICA

Santiago de Cali, ____/____/____/

Señores:
Clínica Nuestra Cali.

Asunto: Carta de autorización de familiares y/o terceros.

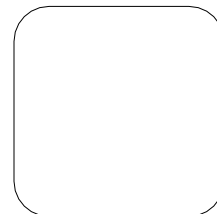
Yo _____,
identificado(a) con número de identidad _____ de _____,
voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo le sea entregada la copia original
de mí: Historia clínica: _____; Epicrisis: _____, quien en calidad de:
Tercero autorizado(a) _____, Padre _____, Madre _____
Hermano(a)_. Hijo(a) _____

DATOS PERSONA AUTORIZADA

Yo, _____, identificado(a) con
número de identidad: ____de: _____, quien, en adelante, me comprometo
a utilizar la información solicitada manteniendo su confidencialidad y reserva.

Firma

Firma del paciente:



Huella: