

SOLICITUD DE COPIA DE ANTECEDENTES CLINICOS

A : Dirección Médica
Sucursal : _____

Nombre paciente : Don(a) _____
Rut paciente : _____
Teléfono : +569 _____
Correo electrónico : _____

En caso de que la solicitud sea realizada por un tercero (Debe adjuntar poder notarial):

Nombre representante : Don(a) _____
Rut representante : _____
Teléfono : +569 _____
Correo electrónico : _____

Hago presente que solicito (especificar tipo de documento y fecha de atención)

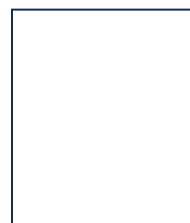
Para ser presentado en _____

Teniendo conocimiento que la información médica está amparada por el Secreto Profesional, relevo a esta Dirección de esa obligación y le solicito que una copia de mis antecedentes clínicos me sea entregada a mí o a la siguiente persona que autorizo:

Nombre : Don(a) _____
Rut : _____
Parentesco : _____ Teléfono: +569 _____

La copia en papel de los antecedentes clínicos solicitados será resguardada por un período de 60 días a contar de la fecha disponible para su entrega. Posterior a ese período, se procederá a su destrucción y eliminación, quedando constancia de ello en comprobante diseñado para tal efecto, y debiendo realizar una nueva solicitud.

Firma paciente o representante



Huella dactilar

SANTIAGO, _____ de _____ de 20____

- PLAZO DE ENTREGA ES DE 7 DIAS HABLES
- EN CASO DE SOLICITAR RECETAS EL PLAZO ES DE 24 HRS