

Autorización

PARA SOLICITUD DE COPIA DE FICHA CLÍNICA Y ANTECEDENTES CLÍNICOS

En mi calidad de paciente atendido(a) en Clínica Ciudad del Mar, Centro Médico Libertad, Centro Médico Bosques y/o Centro Integral de la Mujer, 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, y **autorizando** a un tercero, gestionar esta solicitud en mi representación, ello **según las formas y condiciones señaladas en 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 Clínica Ciudad del Mar, 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

Viña del Mar, ____ de _____ del _____.