

SOLICITUD 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:

Nombre representante : _____

Rut representante : _____

Teléfono : +569 _____

Correo electrónico : _____

Hago presente que solicito (especificar tipo de documento) _____

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:

Nombre : Don(a) _____

Rut : _____

Parentesco : _____ **Teléfono:** +569 _____

Firma paciente o representante

Autorización adicional para entrega de registros clínicos en formato digital vía correo electrónico:

Autorizo que los registros clínicos me sean entregados en la siguiente dirección de correo electrónico:

SANTIAGO, ____ de _____ de 20____

COMPROBANTE DE ENTREGA DE ANTECEDENTES CLINICOS

Recibí conforme copia de los antecedentes clínicos solicitados:

Nombre : _____
Rut : _____
Fecha : _____
Firma : _____