N° solicitud _____

SOLICITUD DE ANTECEDENTES CLINICOS

A **:** Dirección Médica, Clínica Dávila y Servicios Médicos SpA.

Nombre Paciente **:** Don(a) _____

Rut Paciente **:** _____

Teléfono **:** +569 _____

Correo electrónico **:** _____

<u>En caso de que la solicitud sea realizada por un tercero:</u>

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 : _____