

## **Autorización**

PARA SOLICITUD DE COPIA DE FICHA CLÍNICA,

INFORME MÉDICO Y CERTIFICADOS

En mi calidad de paciente atendido(a) en Centromed, Centro Médico Viña del Mar y/o Centro Médico Quilpué, y como titular de la ficha clínica, informe o certificado médico, 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 Centromed, 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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.