



SOLICITUD N°		FECHA:
SERVICIO		

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE RESULTADOS

Yo _____ identificado (a) con _____ N° _____
 de _____, con domicilio y residencia en la _____ Teléfono
 Número _____, afiliado a la Aseguradora _____ autorizo al Sr(Sra.),
 _____ identificado(a) con _____ N° _____ de
 _____, le sean entregados los resultados de los paraclínicos de _____

realizados el día _____ del mes _____ del año _____.

 FIRMA Y/O HUELLA DEL PACIENTE

 FIRMA Y/O HUELLA DEL AUTORIZADO

NÚMERO DE DOCUMENTO:

NÚMERO DE DOCUMENTO:

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA EL RESULTADO

CARGO:

FECHA DE ENTREGA:

ELABORÓ: MARIBEL NIÑO	REVISÓ: COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	APROBÓ: GIOVANNI SALAMANCA
CARGO: ASISTENTE DE CALIDAD	FECHA: JUNIO DE 2017	CARGO: GERENTE GENERAL
FECHA: JUNIO DE 2017		FECHA: JUNIO DE 2017